GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 116 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2018_0050	F	17/12/2018	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2018_0050	F	28/01/2019	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	PUIG GARCIA CARMEN	2018_0668	F	23/02/2019	¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2018_0707	F	22/02/2019	ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOZANO ENGUITA ELOISA	2018_0948	F	08/03/2019	MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	SIERRA SERRANO LUIS ELIAS	2016_1298	F	12/02/2018	PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PEREZ RAMIREZ ISABEL	2018_1494	F	27/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL	2018_0750	S1	13/01/2019	MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	S1	13/01/2019	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	F	26/02/2019	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES YCONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	PUEYO VAL OLGA MARIA	2018_0952	S1	26/02/2019	EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	JULIAN ARANDA MARIA PILAR	2018_0323	F	27/02/2019	REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	GASCON RICARTE ISABEL	2018_1420	F	27/02/2019	DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018
Z1	AP	CS ARRABAL	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	F	11/02/2019	TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	F	15/02/2019	TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	2018_1498	S1	08/03/2019	EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	DE LA PARRA CARQUE CELINA	2016_0888	S2	15/03/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL YVALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2018_0105	F	10/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASSO OTAL MARIA ELENA	2018_1075	F	21/02/2019	GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS
Z1	AP	CS LUNA	HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL	2018_0295	S1	04/02/2019	PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2018_1227	F	07/02/2019	ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL	2018_1297	F	28/02/2019	MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO IIINSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA	2018_1106	S1	23/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	NAVARRO MAS MARIA VICTORIA	2018_0031	F	24/02/2019	CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2018_0959	F	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	FORCEN BELTRAN MARIA JOSE	2018_1025	F	26/02/2019	¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR	2018_1384	F	04/02/2019	EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 116 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AP	CS ZUERA	DIAZ FLE MARTA	2018_0301	F	30/01/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE
Z1	AP	CS ZUERA	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2018_0444	F	26/02/2019	MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2018_0047	F	13/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2018_0071	S1	28/02/2019	GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2018_0090	F	23/01/2019	PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2018_0036	F	18/12/2018	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2018_0036	F	28/01/2019	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2018_1418	F	26/02/2019	PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2018_0675	S1	26/02/2019	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2018_0684	S0	26/02/2019	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	F	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	F	07/02/2019	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA BLOQUE QUIRURGICO	ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO	2018_0627	S1	27/02/2019	VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	COLINA ONTAÑON MARIA LUISA	2018_0592	S1	26/02/2019	ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ESTERILIZACION	VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA	2018_0893	S1	04/03/2019	MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	ANDRES ARRIBAS IGNACIO	2018_1209	F	14/02/2019	CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	MESA LAMPRE MARIA PILAR	2018_0132	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2018_0173	F	19/02/2019	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2018_0220	S1	29/01/2019	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN	2018_0384	F	09/02/2019	CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	OCHOA CALVO MARIA PILAR	2018_0457	S1	14/02/2019	IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ORDOVAS TERESA MARIA JOSE	2018_0847	F	18/02/2019	GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2018_0868	S1	25/02/2019	GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA	2018_0884	F	13/02/2019	GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2018_1051	S1	27/02/2019	CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2018_0474	F	04/03/2019	RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	F	15/01/2019	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 116 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA					ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	F	28/01/2019	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2018_0882	S2	28/02/2019	CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	SAEZ ESCOLANO PAULA	2018_0975	S1	25/02/2019	IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2018_1110	S1	06/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2018_1503	F	14/02/2019	IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	S1	15/01/2019	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE	2018_1347	F	09/02/2019	CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	COMABELLA CALLIZO NATALIA	2018_1348	S1	09/02/2019	EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ ABAD PEDRO	2018_0946	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SESE SANZ MARIA PILAR	2018_1416	S2	02/02/2019	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	SANCHO REDONDO CARMEN	2018_1103	F	31/01/2019	DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	BAZAN GIMENEZ PABLO	2018_1113	F	30/01/2019	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	PINILLA BOROBIA JUAN	2018_1217	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2018_1179	F	01/02/2019	TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2018_0049	F	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	COARASA CERDAN ANA	2018_0134	F	12/03/2019	CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE	2018_0205	S1	13/03/2019	MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	CAMBRA LINES MARIA PILAR	2018_0229	F	13/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	ANAYA GIL TERESA	2018_0234	F	25/02/2019	PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	GRAN EMBID SILVIA	2018_0250	F	26/02/2019	PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2018_0828	F	11/02/2019	"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2018_0046	F	18/12/2018	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2018_0046	F	28/01/2019	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 116 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2018_0869	F	11/03/2019	UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BIOQUIMICA	BONED JULIANI BEATRIZ	2018_1222	F	19/02/2019	FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	LASALA CONTE ELENA	2018_0995	S1	14/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	YANEZ BENITEZ CARLOS	2018_0657	S1	05/02/2019	IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLAS LAINA JUAN LUIS	2018_1230	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2018_1376	F	27/02/2019	ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2018_1194	F	08/03/2019	EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN	2018_0888	S1	12/02/2019	EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2018_1152	F	15/02/2019	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2018_1152	F	05/03/2019	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA	2018_0722	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2018_0859	S1	23/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA DEL TRABAJO	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2018_1089	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLES GABRIEL	2018_0983	F	11/03/2019	PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	DIEZ MASSO FABIOLA PILAR	2018_1010	F	13/03/2019	ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER	2018_1096	F	17/02/2019	VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2018_1135	F	27/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2018_1142	F	20/02/2019	INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	CABALLERO ASENSIO RUTH	2018_1201	F	11/02/2019	HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2018_0390	S1	04/03/2019	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	JIMENEZ MILLAN VANESA	2018_0395	F	10/03/2019	TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	BOLDOVA LOSCERTALES ANA	2018_0851	S1	28/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 116 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	PEREZ GIMENEZ LAURA	2018_0950	F	03/02/2019	ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	11/01/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIOOCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	28/01/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	28/02/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	11/01/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	28/01/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	28/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OFTALMOLOGIA	HERNANDEZ VIAN RUBEN	2018_1164	F	25/02/2019	OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2018_0322	S1	25/02/2019	INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	2018_0523	F	25/02/2019	ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2018_0779	F	22/02/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	LABARTA VIÑALES CARMEN	2018_0855	S1	28/02/2019	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2018_0471	S1	24/02/2019	PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA QUIROFANOS	CANO LAZARO RAQUEL	2018_1066	F	26/02/2019	ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA REUMATOLOGIA	GINER SERRET EMILIO	2018_0747	S2	11/03/2019	UNIDAD DE UVEITIS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UCI	ROMAN BUENO MARIA LUISA	2018_1220	F	24/02/2019	GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA	CHENLO TOUCEDA SILVIA	2018_1218	S1	06/03/2019	DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Fecha de entrada: 17/12/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
PICOT PARGADA ANA CRISTINA
CASTRO ROMERO CONCEPCION
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA
ALCINA GOMEZ SARA
GORRINDO NAVARRO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a “Archivos CME Grande Covián” los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y se copia el registro de quirófano en el documento. Si no tenemos etiqueta hacemos búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido digitalizar el 100% de los informes de Campimetrías y Protocolos quirúrgicos.
Los objetivos eran:
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos muy positivamente el proyecto, está incluído en las tareas diarias del Servicio. Con la compra de un escáner de mayor velocidad hemos mejorado mucho la calidad del trabajo y desde la Comisión de Documentación el Servicio manifiesta su iniciativa en el apoyo de la digitalización de más pruebas diagnósticas que todavía no están incluídas en Historia Electrónica.

7. OBSERVACIONES.
Varios integrantes del proyecto cesaron poco después de iniciarse. Los compañeros que ocuparon sus plazas han desarrollado el mismo. Cuando se hagan los certificados del proyecto hay que excluir a : CASTRO ROMERO CONCEPCIÓN, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA Y ALCINA GOMEZ SARA. En su lugar hay que certificar a: ANGULO BORQUE ANA OLGA, AINAGA VILLEN DAVID y PICON GONZALEZ SERGIO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, ALCINA GOMEZ SARA, GORRINDO NAVARRO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

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

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

PROBLEMA
Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

MÉTODO
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a “Archivos CME Grande Covián” los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

INDICADORES
% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRIAS DIGITALIZADAS

DURACIÓN
INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

```
VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018
EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018


OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
PICOT PARGADA ANA CRISTINA
ANGULO BORQUE ANA OLGA
AINAGA VILLEN DAVID
PICON GONZALEZ SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmologia, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

• Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a “Archivos CME Grande Covián” los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y se copia el registro de quirófano en el documento. Si no tenemos etiqueta hacemos búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

• Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido digitalizar el 100% de los informes de Campimetrías y Protocolos quirúrgicos.
Los objetivos eran:
• Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
• Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos muy positivamente el proyecto, está incluído en las tareas diarias del Servicio. Con la compra de un escáner de mayor velocidad hemos mejorado mucho la calidad del trabajo y desde la Comisión de Documentación el Servicio manifiesta su iniciativa en el apoyo de la digitalización de más pruebas diagnósticas que todavía no están incluídas en Historia Electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título
DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, ALCINA GOMEZ SARA, GORRINDO NAVARRO ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

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

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

PROBLEMA
Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

MÉTODO
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

INDICADORES
% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRIAS DIGITALIZADAS

DURACIÓN
INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017
VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018
EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PUIG GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARDENILLA GIL CRISTINA
IBERO REDIN JAIONE
IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA
LOPEZ CAMPOS MONICA
ABAD HERNANDEZ DAVID
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal del proyecto se ha cumplido al aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas de la Zona Básica de Salud. Se ha cumplido el calendario marcando a excepción del último punto como se indica posteriormente.
Los objetivos secundarios se cumplieron al proponer el proyecto en 2018 a todos los centros escolares, aceptando los tres centros, en los diversos talleres se aportó la información mediante presentación Power Point y se solucionaron multitud de dudas expuestas por los docentes. Los conocimientos adquiridos (Pre-post formación) se exponen posteriormente. La satisfacción del personal tanto docente como sanitario ha sido muy alta en todos los aspectos. No hemos cumplido la meta de participación del 70% del profesorado ya que en uno de los colegios no fueron convocados todos los profesores, de los que sí fueron convocados participó el 100%. Este proyecto forma parte de la “Agenda Comunitaria de Actividades en colegios” que llevamos a cabo en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron en CEIP Josefa Amar y Borbón 12 profesores de 20 en total, en Sagrado Corazón de Jesús acudieron 22 profesores de 22 que fueron convocados, de 110 en total.
Al analizar los test post-prueba hemos encontrado:
Los conocimientos sobre la enfermedad cuestionada (Anafilaxia, epilepsia, asma, hipoglucemia) son altos salvo en la anafilaxia que el 58% de los profesores reconocen no saber de que se trata.
ANAFILAXIA:
• CEIP Josefa Amar y Borbón: Solo el 25% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 16% sabría cómo actuar y el 8.6% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. Más de la mitad del profesorado desconocía los desencadenantes más frecuentes de las reacciones anafilácticas.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 6.66% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 6.66% sabría cómo actuar y ningún professor se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. Más de la mitad del profesorado desconocía los desencadenantes más frecuentes de las reacciones anafilácticas.

ASMA
• CEIP Josefa Amar y Borbón: El 75% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 58.3% sabría cómo actuar y el 41.6% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. El 83.3% es consciente de que los pacientes asmáticos pueden realizar ejercicio y que el mismo podría desencadenar una crisis.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 66.6% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 46.66% sabría cómo actuar y el 60% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. El 80% es consciente de que los pacientes asmáticos pueden realizar ejercicio y el 93% que el mismo podría desencadenar una crisis.

EPILEPSIA
• CEIP Josefa Amar y Borbón: El 85.71% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 42.85% sabría cómo actuar y el 14.28 % se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 86.7% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 22.7% sabría cómo actuar y el 9.09% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado.

HIPOGLUCEMIA
• CEIP Josefa Amar y Borbón: Solo el 47.62% del profesorado sabría realizar una medición de azúcar. Y el 94.76% conocen las cifras de normalidad de la glucemia. El 55% saben de la peligrosidad de las hipoglucemias en el paciente diabético. El 59 % sabría cómo actuar en una hipoglucemia, el 45.45% en una hipoglucemia y el 36.36% se ve capaz de iniciar el tratamiento necesario. Tras la formación el 90.9% afirma verse capacitado.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 62% del profesorado sabría realizar una medición de azúcar. Y el 92.86% conocen las cifras de normalidad de la glucemia. Solo el 28,8% saben de la peligrosidad de las hipoglucemias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

en el paciente diabético. El 46.66% sabría cómo actuar en una hipoglucemia, el 33.33% en una hipoglucemia y el 26.66% se ve capaz de iniciar el tratamiento necesario. Tras la formación el 90.9% afirma verse capacitado.

Los indicadores planteados:
? Indicadores de estructura:
- Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos= 100%
? Indicadores de proceso:
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico= 100%
- Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 60%, Sagrado Corazón de Jesús 20%.
? Indicadores de resultado:
-N.º de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%.
-Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios. No se pasó encuesta en todos los sanitarios que participaron, sino que fue de forma oral en la que expresaron su satisfacción.

Se ha completado los 6 primeros ítems del cronograma aportado en el proyecto salvo el último con la presentación de resultados del EAP al no disponer de todas las encuestas decidimos esperar, pero ya está programada su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- No se presentó inicialmente ningún documento firmado por parte del Centro de Salud y del centro escolar con un acuerdo de colaboración. Ya se ha introducido en el proyecto.
- Hemos tenido problemas en ambos centros con la afluencia del profesorado. Especialmente en el colegio Sagrado Corazón de Jesús ya que a pesar de nuestra insistencia (Vía email y de forma personal) sólo fueron convocados los profesores de primaria, excluyendo al profesorado de infantil, secundaria y bachillerato. Nos planteamos si volver a ofrecer la actividad el próximo año para incluir a estos profesores.
- El realizar este proyecto nos ha dado fuerza para continuar con el mismo al ver la gran aceptación en profesores y apreciar la gran adquisición de conocimiento gracias a las evaluaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/668 ========== ***

Nº de registro: 0668

Título
¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
PUIG GARCIA CARMEN, BARDENILLA GIL CRISTINA, IBERO REDIN JAIONE, IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA, LOPEZ CAMPOS MONICA, ABAD HERNANDEZ DAVID, ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO, VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

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

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

PROBLEMA
La formación en primeros auxilios es fundamental para todas personas y en un centro educativo el docente puede verse involucrado en situaciones de peligro. Con referencias a: 1ª Conferencia Internacional Promoción Salud (1986); Carta Europea Derechos del Niño (1992); Ley 12/2001, de la infancia y adolescencia en Aragón; Ley Servicio Aragonés Salud 2004 y Ley 5/2014, D. Gral de Ordenación Académica, D. Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y D. Gral de Salud Pública, han elaborado instrucciones que regulan la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón. El BOA destaca que la formación es un derecho y un deber del docente y desde el Centro de salud sería conveniente programar cada año formación al profesorado en atención de urgencia o emergencia. Nuestro propósito es ofrecer formación en primeros auxilios en colegios de la Zona Básica, a raíz

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

de la petición de uno de los centros y de las RESOLUCIONES: • Marzo 2015, de Dirección Gral de Ordenación Académica, Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y Dirección Gral de Salud Pública. • Noviembre 2017, del Director Gral de Innovación, Equidad y Participación y el Director Gral de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que suceden en las escuelas de la Zona.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Proponer a los centros escolares de nuestra área participar en el proyecto. - Aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver dudas y despejar miedos ante situaciones complicadas.-Valorar la satisfacción en el personal docente de los Centros educativos. - Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa. - Que participe al menos el 70% del personal docente del centro. - Recordar como pedir ayuda a los servicios sanitarios. - Incluir el proyecto en la “Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios“ que se va a crear este año, junto con otras intervenciones del C.S. que también se realizan en escuelas.

MÉTODO
PLAN DE COMUNICACIÓN: 1.- Presentación del proyecto al EAP (Soporte Digital) 2.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros docentes interesados. 3.- Solicitud de autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar
ACTIVIDADES A REALIZAR: Utilizando materiales preparados por los profesionales de pediatría de Actur Norte, en cada centro escolar se realizan dos intervenciones:
1ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. Se explicará propósito, objetivos y contenidos y se realizará un taller teórico para docentes. Al finalizar cada intervención se pondrá a disposición el material multimedia utilizado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante crisis convulsivas. o Actuación urgente ante reacciones anafilácticas.
2ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante hipoglucemias y atención a niños diabéticos. o Atención a niños asmáticos. - Encuesta de valoración final

INDICADORES
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de: -Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar. -Número de Centros participantes en el proyecto. -Cuestionarios de Evaluación de Satisfacción
INDICADORES: • Indicadores de estructura: - Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos • Indicadores de proceso: - Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 /nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico - Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico • Indicadores de resultado: - Nº de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas. - Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios.

DURACIÓN
Responsables de la implantación del proyecto: equipo de pediatría (pediatras y enfermeras), participan MIR y EIR de pediatría.
CRONOGRAMA: 1.- Constitución de equipo responsable de proyecto (Nov. 2017) 2.- Presentación del proyecto al EAP (Enero 2018) 3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018) 4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018) 5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-junio 2018, septiembre-octubre 2018) 6.- Reunión del equipo de trabajo para la evaluar el proyecto (junio 2018 y diciembre 2018) 7.- Presentación de resultados al EAP (diciembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLARES PUNCEL MARIA TERESA
REINAO CEGOÑINO HECTOR
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA
GARCIA ASCASO IGNACIO
LORENTE RIVEROLA JUAN
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
PEREZ MARCO CHRISTINE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal del proyecto se ha cumplido al introducir la enseñanza de la RCP básica en las escuelas de enseñanza primaria obligatoria de la ZBS Actur Norte a niños de 11-12 años (6ºPrimaria) en dos de los tres colegios inicialmente y programada para los 3 centros educativos de la zona este año 2019.
Los objetivos secundarios se cumplieron al proponer en 2018 a todos los centros escolares, aceptando dos de ellos, en 2019 ambos centros decidieron continuar y el tercer centro iniciar la formación. Los conocimientos adquiridos (Pre-post formación) fue imposible evaluarlos ya que en el CEIP Josefa Amar y Borbón nos comunicaron que habían perdido las encuestas que les dimos pese a nuestra insistencia, en Sagrado Corazón de Jesús nos aportaron únicamente las encuestas Post-Formación, en lecciones aprendidas aportamos ideas para solucionarlo. La satisfacción del personal tanto docente como sanitario ha sido muy alta en todos los aspectos. Ha participado un 95 y 98.1% del alumnado respectivamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron en CEIP Josefa Amar y Borbón 17 profesores de 20 en total, en Sagrado Corazón de Jesús acudieron 20 profesores de 22.
Al analizar los test post-prueba hemos encontrado:
Preg. 1: ¿Has recibido información de soporte vital básico?: SI en el colegio, algún niño añadía que su padre o madre le habían dado alguna noción al ser médicos.
Preg. 2: Si encuentras a alguien tumbado en el suelo y no responde, ¿Qué deberías comprobar? El 81% responde correctamente a ver si respira, el resto refiere que buscar el pulso, en las practicas no buscamos el pulso en ningún momento por lo que puede ser nociones previas que debemos incidir en corregir en próximas formaciones.
Preg. 3: ¿A qué número llamarías en caso de urgencia? El 90% afirma que el 112 de forma correcta y un 10% el 091.
Preg. 4: Si encuentras a alguien sangrando mucho de un brazo, ¿Qué harías? En esta pregunta el 54% contesta correctamente aunque hay gran diversidad en la respuestas, un 30% afirma que iría cambiando la prenda de presión cuando se llenara de sangre por lo que debemos concretar más este punto a la hora de la realización de la práctica.
Preg. 5: ¿Para qué se usa la maniobra Frente-Mentón? El 75% de las respuestas son correctas.
Preg. 6: Si alguien se atraganta delante de ti y no deja de toser, ¿Qué harías? Pregunta complicada, solo el 4% de respuestas son correctas afirmando que dejarían toser libremente, el 40% ayudaría con palmadas en la espalda, el 55% le oprimiría el abdomen con fuerza y el resto le metería el dedo en la boca para sacar el cuerpo extraño. Esta pregunta deja claro que debemos incidir más en que mientras no se deje de toser debemos simplemente animar a toser libremente.
Preg. 7: ¿En qué situación sería conveniente poner a la persona de lado? El 42% responde correctamente a pesar de la dificultad de la pregunta, aunque el 29% contesta que da igual si el paciente tiene o no pulso o respira ya que en todas se puede usar.
Preg. 8: Respecto a la secuencia correcta de la RCP en un adulto el 57% responde correctamente y el siguiente grupo más numeroso responde 15:5 confundiéndose con la secuencia pediátrica y las respiraciones de rescate.
Preg. 9: Antes de iniciar el masaje cardíaco el 46% de los alumnos responde que hay que poner en posición lateral de seguridad para que no se trague la lengua, maniobras populares, pero no correctas que no hemos sabido concretar lo suficiente.
Preg. 10: Un 74% de los casos han entendido que lo primero en un accidente de tráfico es asegurarse de que se está a salvo, el Segundo grupo mayoritario optan por pedir ayudar a los servicios de urgencias.
Hay alumnos que han marcado 3-4 opciones de cada pregunta y otros alumnos que ha marcado todas las respuestas A del test, que han sido tratados como factor de confusión a la hora de analizar los resultados.

Los indicadores planteados:
? Indicadores de estructura:
- Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos= 95%
? Indicadores de proceso:
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico= 66.66%
- Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 85%, Sagrado Corazón de Jesus 90.9%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

- Nº de alumnos que participan en la sesión práctica x 100 / nº de alumnos matriculados en 6º de Educación Primaria en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 95%, Sagrado Corazón de Jesus 98.1%.
? Indicadores de resultado:
-Nº de test preprueba aprobados (> 5/10)/ nº de test preprueba realizados. No tenemos resultados.
-Nº de test postprueba aprobados (> 5/10)/ nº de test postprueba realizados= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%, Sagrado Corazón de Jesus 100%.
-Nº de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%, Sagrado Corazón de Jesus 100%.
-Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios. No se pasó encuesta en todos los sanitarios que participaron, sino que fue de forma oral en la que expresaron su satisfacción.

Se ha completado los 6 primeros items del cronograma salvo el último con la presentación de resultados del EAP al no disponer de todas las encuestas decidimos esperar, pero ya está programada su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En el documento firmado por parte del Centro de Salud y del centro escolar hemos añadido la necesidad e importancia de la realización de las encuestas PRE test y POST test. También lo hemos recordado vía email y en persona.
- Hemos separado las encuestas para poder diferenciarlas fácilmente en caso de confusión.
- Hemos formalizado el proceso en general tras encontrar problemas como que en el CEIP Josefa Amar y Borbón olvidaron convocar a los profesores a la sesión formativa a pesar de tenerla concertada meses antes y perdieron las encuestas.
- El realizar este proyecto nos ha dado fuerza para continuar con el mismo al ver la gran aceptación tanto en profesores como muy especialmente en el alumnado. En el colegio Sagrado Corazón nos consta que tras la realización de este proyecto han comenzado uno por su cuenta con la formación inicial en niños de educación infantil durante los 3 primeros cursos en el colegio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/707 ========== ***

Nº de registro: 0707

Título
ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, CLARES PUNCEL MARIA TERESA, REINAO CEGOÑINO HECTOR, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA, GARCIA ASCASO IGNACIO, LORENTE RIVEROLA JUAN, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, PEREZ MARCO CHRISTINE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA ESCUELA (RCP)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la 1ª causa de muerte. En España la parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura, ocurre una parada cardiaca cada 20 minutos, el 80% en vía pública. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extrahospitalaria, puede aumentar hasta 5 veces, si se inicia la RCP por los testigos. Estar sin circulación reduce la supervivencia hasta un 12% por minuto que pasa sin que haya asistencia. Por ello es imprescindible la educación en maniobras de RCP para la población.
En nuestro país solo el 12% de la población sabe técnicas sobre RCP. Tanto es así, que, si capacitáramos al 20% salvaríamos 100.000 vidas anuales.
La importancia de la enseñanza de RCP ha llevado a la OMS a lanzar su campaña “Kids save lives” que aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 12 años.
Primero, se entrena a los maestros y después ellos se transforman en los instructores de sus alumnos.
Hemos unido nuestro proyecto el programa del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Este programa incluye entre sus objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

1. Promover que los maestros de educación primaria incluyan la enseñanza de RCP y las emergencias.
2. Promover que todos los alumnos de 6º de primaria reciban un curso de SVB.

RESULTADOS ESPERADOS
Introducir la enseñanza de RCP básica en las escuelas de la ZBS Actur Norte a niños de 12 años. Este objetivo se intentará alcanzar completando los objetivos secundarios.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Proponer a todos los centros escolares de nuestra área la participación en el proyecto.
- Aumentar un 50% los conocimientos sobre soporte vital básico en los alumnos de 6º de primaria de los colegios participantes.
- Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa en el proyecto.
- Que participe el 90% del alumnado convocado a la educación en soporte vital básico.
- Introducir el proyecto en la Agenda Comunitaria en la Escuela de nuestro Centro de Salud.

MÉTODO
Se trata de un material multimedia que incluye:
? Presentación de diapositivas (power point)
? Guía didáctica “Ganando corazones” (pdf)
? Vídeos que describen los distintos procedimientos
? Juegos interactivos
El programa consistirá en la realización de dos intervenciones:
1ª: Presentación del programa y formación del profesorado. Al finalizar esta primera intervención se pondrá a disposición del equipo docente todo el material multimedia.
2ª: Taller con alumnos y consolidación de habilidades. Se organiza un segundo taller de repaso y práctica con los alumnos.
La parte práctica divide a los participantes en tres estaciones. Cada estación se adiestra en una técnica: masaje cardiaco en el adulto (con muñeco/torso adulto); masaje cardiaco en niño (con muñeco bebé); y otras situaciones (donde se instruye sobre el manejo de la inconsciencia, el atragantamiento y la hemorragia).
Por cada estación se precisará 2 preparadores (Personal sanitario).

PLAN DE COMUNICACIÓN:
1.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP
2.- Contacto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa
3.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar

INDICADORES
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de:
? Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar
? Número de Centros que participan en el proyecto
? Cuestionarios preintervención y postintervención
? Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
- Nº de profesionales que participan en las sesiones x100/nº de profesionales participantes previstos
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x100/nº de colegios de la ZBS previstos captar
- Nº de profesores que participan en el proyecto en el año académico x100/nº de profesores previstos captar
- Nº de alumnos que participan en la sesión práctica x100/nº de alumnos matriculados
-Nº de test preprueba aprobados (> 5/10)/nº de test realizados.
-Nº de test postprueba aprobados (> 5/10)/nº de test realizados.
-Nº de sanitarios con satisfacción general >7 sobre 10x100/nº de encuestas completadas

DURACIÓN
Los responsables de la implantación del proyecto será el equipo de pediatría y enfermería y personal en formación.
CRONOGRAMA
1.- Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (Enero 2018)
2.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP (Enero 2018)
3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018)
4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018)
5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-mayo 2018)
6.- Reuniones para la organización y preparación de todos los responsables de los talleres prácticos (Mayo 2018)
7.- Reunión del equipo de trabajo para evaluación del proyecto (junio 2018)
8.- Presentación de resultados al EAP (junio 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELOISA LOZANO ENGUITA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA TAIRA BEGOÑA
GRACIA OLIVAN MARIA MAR
IBAÑEZ CUBERO ELVIRA
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
REDONCO CUERPO MARIA VICTORIA
SAURA CAMPOS ASCENSION
SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reactiva el protocolo Interno de revisión del Carro de Paradas y Cuarto de urgencias para que todo el EAP participe del control, cuidado y mantenimiento activo del sistema de actuación.
Se realiza mediante:
Revisión mensual por 2 MAP y 2 DUE.
Revisión quincenal del aparatare y material por un miembro del grupo de trabajo.
Reunión bimensual del equipo colaborador del proyecto:
marzo 2018: puesta en común para preparar desarrollo y seguimiento del proyecto.
mayo 2018: revisión de carro de paradas y urgencias, preparación de Auditoria ISO.
Septiembre 2018: reunión para valorar incidencias tras Auditoria Interna ISO.
Noviembre 2018: INCIDENCIA INTERNA (el grupo que le tocaba la revisión mensual, no la realizó).
Enero-febrero 2019: preparación de la memoria del proyecto y conclusiones.
Asimismo, hemos colaborado con Formación y Farmacia del Sector I, para actualizar el Protocolo de Urgencias del Sector.
En Actur Norte se han realizado talleres y/o sesiones periódicas a lo largo de 2018. Fechas:
- 17 junio 2018
- 29 septiembre 2018
- 21noviembre 2018
Varios profesionales médicos y enfermeros del centro participaron en los cursos de SALUD “Taller de Circuito de activación del Sistema de Urgencias Extrahospitalaria y Gestión de carro de paradas” con códigos Z1-0784/2018 y Z1-0335/2018.
Todo el EAP asistió a la formación sobre RCP impartida en el Centro por Formación Sector I con fecha 22 de mayo de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos cumplido el objetivo de hacer llegar a los profesionales del centro nuestra inquietud por el buen control de Urgencias y estamos satisfechos con la respuesta del EAP en cuanto a su participación y seguimiento.
El equipo responsable del proyecto ha trabajado en las reunión periódicas indicadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este mes de febrero el equipo responsable está revisando el nuevo “Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada y maletín del Centro de Salud” unificado para todo el Sector I aprobado el 23/12/2018, para dar a conocer al EAP las novedades y modificaciones que en él aparecen.
Sería interesante seguir con la formación interna y/o externa por parte de los trabajadores del centro, e incluso estamos planteando la preparación de simulacros de actuación urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/948 ========== ***

Nº de registro: 0948

Título
MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO 9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE Y PROTOCOLO ACTUACION

Autores:
LOZANO ENGUITA ELOISA, ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, GRACIA OLIVAN MARIA MAR, IBAÑEZ CUBERO ELVIRA, RODRIGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

PABLO MARIA JESUS, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA, SAURA CAMPOS ASCENSION, SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS/EMERGENCIAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Mantener un carro de parada y un maletín de urgencias con los medicamentos y material adecuados para la atención urgente-emergente en el ámbito de la atención primaria, se considera una prioridad para una atención de calidad. El CARRO DE PARADAS debe permitir la utilización rápida de los fármacos necesarios para la resucitación cardiopulmonar (RCP) en sus primeras fases. Por este motivo es IMPORTANTE SU FACIL DISPONIBILIAD,TANTO POR LA ACCESIBILIDAD A LOS MISMOS COMO POR DISPONER DE ELLOS EN EL NUMERO NECESARIO (no en exceso).Por otra parte, existen una serie de medicamentos que también se consideran fármacos de urgencias vital y que por lo tanto tienen que estar en la sala de urgencias y próximos al carro de paradas, pero no exactamente en el por ejemplo en la vitrina de urgencias En nuestro centro de Salud se ha detectado a través de La Certificación ISO 9001-2008 errores y riesgos potenciales en el mantenimiento del carro de paradas y maletín de urgencias por lo que vemos necesario la realización de un plan de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
1-Disponer de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencia del equipo, consensuado por todos los profesionales y en consonancia con las indicaciones básicas establecidas en el Procedimiento del Sector I.
2-Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.
3.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable.
4.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias
5.-Plantear la necesidad de de la creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

MÉTODO
1.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable
2.- Talleres periódicos, bimensuales incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 impartidos por los propios profesionales del centro y/ o a través del Portal del Empleado.
3.- Puesta en común bimensualmente de las oportunidades de mejor detectadas y soluciones aportadas.
4.-Creación de un protocolo de Revisión-Mantenimiento
5.-Creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

INDICADORES
Análisis cualitativo y cuantitativo de las incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte y resolución de las mismas en consonancia con el proyecto
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas, talleres realizados por el equipo respecto a las propuestas
Creación d el equipo multidisciplinar
Establecimiento de un protocolo de Revisión-Mantenimiento

DURACIÓN
2018-noviembre -2018 sesiones clinicas, talleres realizados por el equipo y/o Portal del empleado

Diciembre de 2018: Recogida de datos de las incidencias y no conformidades

Enero de 2019: Evaluación de resultados y propuestas de mejora.
Febrero de 2019: Presentación al equipo de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS ELIAS SIERRA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
CORTES CARBONEL INES
MARTIN CATALAN NURIA
GARUZ BELLIDO ROBERTO
ARIÑO PELLICER SARA
MELUS PALAZON ELENA
CABALLERO ALEMANY CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A través de de una lista de pacientes de nuestro centro de salud, con diagnóstico de fibrilación auricular, se revisaron las historias clínicas para evaluar la adecuación del tratamiento en base a escalas CHA2DS2VASc (riesfo de ICTUS) y HASBLED (Riesgo de hemorragias). Se le actualizaron los criterios y se avisó a cada facualtativo tratante el resultado de las escalas y las sugerencias de tratamiento en base a los resultados de las escalas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente resultados de tabulación obtenida para finales de Marzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados serán explicados en una reunión de facultativos implicados para conocimiento de resultados del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Se adelantan las fechas de realización del proyecto por obtención de resultados en fechas previas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1298 ========== ***

Nº de registro: 1298

Título
PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
SIERRA SERRANO LUIS ELIAS, ARIÑO PELLICER SARA, GARUZ BELLIDO ROBERTO, MELUS PALAZON ELENA, RODRIGUEZ PEREZ JUDIT, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, MARTIN CATALAN NURIA, NAVARRO CASTILLO VICTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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

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

PROBLEMA
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Un estudio reciente ha reflejado una prevalencia de un 4,4% en población adulta española> 40 años, llegando a 17,7% en mayores de 80 años.
Además debemos tener en cuenta que una gran cantidad de FA son asintomáticas y muchas veces no diagnosticadas.
La trascendencia de esta arritmia se debe a sus implicaciones pronósticas (su presencia duplica la mortalidad independientemente de la presencia de otros predictores y multiplica por cinco el reisgo de ictus), la morbimortalidad que genera (es responsable de 25% de los ictus isquémicos) y el elevado gasto sanitario que conlleva el manejo de la propia arritmia y sus complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA

Por su elevada prevalencia, carácter crónico, presentación clínica diversa, comorbilidad, enfoque terapéutico y necesidad de un seguimiento clínico estrecho, la FA es una entidad que implica a la AP en toda la historia natural de la enfermedad.
La prevención del ictus constituye un objetivo terapéutico prioritario en la FA. La anticoagulación (ACO) es un tratamiento muy eficaz para prevenir el embolismo sistémico y por ello debemos conocer sus indicaciones y contraindicaciones.
El médico de familia tiene una responsabilidad en todo el proceso asistencial: prevención y detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a largo plazo de la arritmia y prevención de sus complicaciones (anticoagulación oral).
Debemos tener presente que el riesgo embólico no es constante y varía en función de distintos factores, por tanto la decisión de anticoagular o no habrá de realizarse de forma individualizda y mediante una reevaluación constante. Por ello se diseña este estudio para conocer la evaluación del riesgo de ictus en cada paciente mediante la escala de CHA2DS2VASc y la evaluación de riesgo de hemorragia mediante la escala de HASBLED.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la indicación de tratamiento anticoagulante en los pacientes de nuestro centro de salud.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
1. Analizar posibles contraindicaciones del tratamiento anticoagulante
2. Conocer el porcentaje de buen control de cada paciente
3. Evaluar riesgo/beneficio de tratamiento anticoagulante
4. Evaluar la indicación o no de los nuevos anticoagulantes orales frente a Acenocumarol

MÉTODO
A través de una lista completa de los pacientes de nuestro centro de salud diagnosticados de arritmia completa por fibrilación auricular, se revisará su historia clínica clasificando la arritmia (1ª episodio, paroxística, persistente o permanente) y se obtendrán los valores de las escalas de CHA2DS2VASc (evaluación de riesgo de ictus) y HASBLED (evaluación de riesgo de hemorragias). Se revisará si está en tratamiento con anticoagulantes orales, el tipo, tiempo de duración y si sigue un buen control.
Se realizará un informe individualizado de cada paciente, analizando el riesgo/beneficio el tratamiento anticoagulante y si existe alguna contraindicación de dicho tratamiento.
Se comunicará al médico responsible del paciente el resultado mediante informe.

INDICADORES
Factores de riesgo de ictus:
Insuficiencia cardiaca o disfusión sistólica ventricular izquierda
Hipertensión
Edad
Diabetes Mellitus
ACV, AIT o tromboembolia
Enfermedad vascular (Infarto de miocardio previo, enfermerdad arterial periférica, placa aórtica)
Sexo
Factores de riesgo de sangrado:
Hipertención
Función renal y/o hepática alteradas
ACV previo
Sangrado previo
INR lábil
Edad
Toma de fármacos o alcohol
Posibles contraindicaciones
Porcentaje de buen control (INR): Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.
Riesgo de tratamiento anticoagulante
Beneficio de tratamientos anticoagulante
Indicación de los nuevos anticoagulantes orales
Indicación de Acenocumarol
Tipo de anticuagulante oral: acenocumarol, aldocumar, dabigatrán, rivaroxabán, apixaban.
INR lábil: Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.
Aparición de evento cardioembólibo
Aparición de evento hemorrágico

DURACIÓN
Fecha de inicio:
Mayo 2017: exposición del proyecto de gestión para la mejora de calidad asitencial del paciente con fibrilación auricular a los profesionales del centro de salud.
Junio 2017: Solicitar permisos a Comité de Ética y Gerencia/D.A.P correspondiente. Solicitar el listado del pacientes de nuestro centro de salud diagnosticado de fibrilación auricular.
Julio-Abril 2018: revisión de historias clínicas con recogida de datos mediante cuestionario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA

Mayo 2018: Evaluación de los resultados
Junio 2018: Exposición de resultados a los profesionales del centro. Propuestas de Mejora y valorar publicación de resultados del proyecto.
Fecha de finalización:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL
LARRIPA ROMEO SILVIA
MARTIN CATALAN NURIA
CARRERA NOGUERO ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesión de preparación del proyecto por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo (septiembre 2018) (incluida en el registro de Formación Continuada)
-Extracción y difusión de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de diabetes e información de los mismos a todos los cupos,en la sesión presentación y por buzoneo de los mismos en los cajetines de cada profesional sitos en el área de admisión del centro de salud de forma trimestral por profesional. Recordatorio a través del correo de OMI en enero 2019, sobre la pertinencia de la solicitud de retinografías y microalbuminuria y elaboración del plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes, como objetivo final de la realización de nuestro proyecto asistencial.Recordatorios en OMI y reuniones específicos de enfermería a lo largo del tiempo de estudio. Tanto de la sesión de presentación como de la reunión organizativa y recordatorios en correo OMI hay registro en formato electrónico. En formato papel están los datos de cobertura según los diferentes cortes tanto de manera global como de manera individual por CIAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A continuación se presentan datos de cobertura del equipo del EAP según los diferentes cortes realizados a lo largo del año 2018 Septiembre, Diciembre y finales de Febrero 2019,partiendo de los datos de Junio 2018:

-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 37,54%,SEPTIEMBRE 2018: 38,55%,DICIEMBRE 2018: 45,75%,FEBRERO 2109: 47,36%,OBJETIVO: 50% .

-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años* / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 40,11%,SEPTIEMBRE 2018: 40,35%,DICIEMBRE 2018: 44,09%,FEBRERO 2109: 58,44%,OBJETIVO: 48%
*suma de datos verdes y amarillos del cuadro de mandos.

-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elaborado el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 42,22%,SEPTIEMBRE 2018: 43,20%,DICIEMBRE 2018: 49,34%,FEBRERO 2109: 40,44%,OBJETIVO: 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que hemos obtenido han sido desiguales.
Hemos conseguido mejorar hasta un 47,36% la revisión de Microalbuminuria que nos habiamos propuesto, pero no hemos alcanzado el standard que establecimos (50%). Respecto a la solicitud de ésta hemos detectado que si no se realiza en la analítica por „plan personal jerarquico“,la microalbuminuria no está incluida en el perfil de Diabetes (se hace sólo sedimento de orina) y hay que solicitarla aparte, lo que creemos que puede influir en la baja implementación de este indicador.
En cuanto a la realización de Retinografias en los últimos 3 años hemos superado el 48% propuesto (58,44%) pero al haberse iniciado a mediados de enero 2019 el programa de circuito de realización de retinografías en el Area I,no sabemos hasta que punto nos ha ayudado en poco más de un mes de implantación,aunque logicamente lo suponemos, porque a finales de Diciembre 2018 habíamos ido aumentando escasamente hasta un 44,09% .
Respecto a la realización de la actividad del plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes y su registro nos ha sorprendido que estando muy cerca de conseguir el objetivo (50%) al final del 2018(49,34%),en menos de 2 meses, hayamos obtenido el resultado mas bajo de todo el seguimiento (40,44%). Al analizar las posibles causas hemos observado que, y no entendemos porqué, hay 206 pacientes menos en el denominador de este indicador en el cuadro de mandos que en Diciembre 2018, y desglosándolos, la mayoría tenían la actividad hecha (171), lo que no nos exime de continuar intentando su mejora.
Aunque son actividades que se realizan habitualmente creemos que este proyecto ha servido para recordar a todo el equipo que son importantes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1494 ========== ***

Nº de registro: 1494

Título
MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE BIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Autores:
PEREZ RAMIREZ ISABEL, MORALES GREGORIO MARIA JESUS, SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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

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

PROBLEMA
La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con una creciente prevalencia en nuestra población (8-9%) que supone un consumo importante de recursos sanitarios. Por otra parte, se dispone de fuentes de información pertinentes para realizar una evaluación de la actividad prestada (cuadro de mandos), permitiendo la implementación de mejoras en este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con diabetes pertenecientes al C.S. Actur Oeste, mejorando los datos de cobertura de Cartera de servicios que se citan a continuación.:
-Aumentar la realización de retinografía hasta el 48%
-Aumentar el número de pacientes incluidos en el programa que tienen elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes hasta el 50%
-Aumentar el % de solicitud de microalbuminuria hasta el 50%

MÉTODO
-Sesión de preparación del proyecyo por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo
-Extracción y difusion de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de forma trimestral por profesional

INDICADORES
-Datos obtenidos: cuadro de mandos de diabetes
Se haran 3 cortes a lo largo del año 2018/19
Septiembre, Diciembre y Marzo
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elabora el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes

DURACIÓN
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha finalización: Primer trimestre 2019
Cronograma de actividades: pendiente de de confirmar fecha de sesión de presentación al equipo
Documentos revisados:
Cuadro de mandos de diabetes
contrato Gestión del 2017 y 2018
Programa de atención integral a la diabetes mellitus CAA: enero 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0750

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LOPEZ CENALMOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
BLASCO SELLES TERESA
GARCIA LOBERA AURELIO
BADIA CORTES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En julio y agosto se repartieron los folletos en cada consulta de enfermeria y médico y folletos colgados en el Centro de Salud para informar a los pacientes de la realización de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtenemos una gran aceptación por parte de los pacientes tras la información recibida con alta demanda de participación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado el problema de falta de personal para sustituciones que ha habido durante estos meses de verano y otoño, y viendo que era un problema para disponer del tiempo necesario para realizar los paseos teniendo que cerrar consultas, nos hemos visto obligadas a comenzar la actividad a partir de febrero.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/750 ========== ***

Nº de registro: 0750

Título
MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

Autores:
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, GARCIA LOBERA AURELIO, RAMOS GABILONDO OLGA, BLASCO SELLES MARIA TERESA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSTAURACION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se plantea responder ante la necesidad de formar un grupo para realizar actividad física o ejercicio físico.
Se objetiva un grupo de población que por encontrarse solas no realizan actividad física tan necesaria en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos, y otros.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es comenzar a dar paseos cardiosaludables, a través de los cuales los participantes tomen conciencia de la relación directa entre el ejercico y la mejora en la condición física y prevencion de enfermedades y en segundo lugar favorecer la relación entre los parcitipantes para que puedan establecer vínculos y relaciones socio emocionales que sean continuada en el tiempo sin la presencia de los sanitarios.

La población a la que va dirigido el proyecto es toda la población adulta de La Puebla de Alfinden.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0750

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

MÉTODO
1. Captación de los pacientes en las consultas de Enfermería, Medicina y Trabajo Social.
2. Distribuir carteles informativos en el Ayuntamiento, Farmacia y en el Centro De Salud.
3. Se abre lista para que voluntariamente se puedan apuntar en Admisión del C.S.
4. Charla previa informativa:

- Punto de reunión.
- Recorrido (esta previsto completar el camino natural hasta La Al franca).
- Material necesario (ropa y calzado adecuados).
-Almuerzo saludable.
-Personal sanitario acompañante.

INDICADORES
Tras el paseo se pasaran cuestionarios de satisfacción.

DURACIÓN
Inicio en Septiembre 2018 hasta Mayo 2019.
Establecer un día a la semana para el paseo.
Nos gustaría que fuese un proyecto con continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL
BLASCO SELLES TERESA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
BADIA CORTES MARIA JOSE
NAVARRO SERRANO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comenta con la dirección del instituto la realización de la actividad, se muestran de acuerdo y se preparan los grupos de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los problemas surgidos en el primer trimestre del curso lectivo 2018/2019 debido a los traslados de médicos y la falta de personal para la realización de sustituciones en el Centro de Salud, se decide realizar la actividad prevista en el segundo trimestre lectivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos planificar la actividad teniendo en cuenta los cambios en el organigrama del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/751 ========== ***

Nº de registro: 0751

Título
REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Autores:
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SERRANO NAVARRO EVA MARIA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLASCO SELLES MARIA TERESA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se plantea realizar actividades de promocion de salud en primerios auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongacion de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

MÉTODO
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA

- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

INDICADORES
Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

DURACIÓN
Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirän los talleres en el primer trimestre del curso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES YCONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL
SERRANO NAVARRO EVA MARIA
BLASCO SELLES TERESA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN
BADIA CORTES MARIA JOSE
PEREZ ARANDA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se lleva a cabo en el IES La Puebla de Alfinden.(4º ESO)
La actividad nace de una necesidad manifestada de que los adolescentes tengan nociones sobre primeros auxilios.
Proporcionar a los alumnos conocimientos básicos sobre primeros auxilios que contribuyan a adquirir habilidades o destrezas en este campo.
La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes por ello pretendemos que después de dicha actividad puedan saber reconocer y actuar en este tipo de situaciones en su vida cotidiana, como puedan ser:

--Anafilaxia (explicación de lo que es, cómo actuar.)
--Atragantamiento .
--Convulsión (manejo de la misma y administración del diacepan rectal)
--Hipoglucemia.
--Posición lateral de seguridad.
--Reanimación cardiopulmonar básica (nociones; saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP)

Puesta en contacto del coordinador del proyecto con la dirección del centro escolar para la elección del alumnado.

Realización de cuestionario para determinar conocimientos previos(entre 6- 10 preguntas)
Sesión teórica con power-point(elaborado para la ocasión).
Presentacion cada uno de los temas, acompañados de videos prácticos.
Después, una sesión práctica, formando varios grupos de trabajo mas pequeños, con muñecos y simulación de casos clinicos. .
Realización de nuevo del cuestionario para la valoración de conocimientos adquiridos tras la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Asistencia a los talleres de 90-100% de la poblacion seleccionada. Buena disposicion y aceptacion
Consecucion de los objetivos; que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

Queda pendiente de evaluacion de resultados por retraso de las fechas previstas de realización, siendo estas pospuestas a Marzo/Abril 19.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área
Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa,social y sanitaria.

7. OBSERVACIONES.
La idea es implantarlo como una actividad a realizar de forma sistemática en los colegios/institutos en función del nivel de acogida obtenido.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/751 ========== ***

Nº de registro: 0751

Título
REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES YCONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Autores:
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SERRANO NAVARRO EVA MARIA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLASCO SELLES MARIA TERESA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se plantea realizar actividades de promocion de salud en primerios auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongacion de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

MÉTODO
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado
- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

INDICADORES
Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

DURACIÓN
Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirän los talleres en el primer trimestre del curso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA PUEYO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
MURILLO SALVADOR RAQUEL
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
BLASCO SELLES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se realizan 3 reuniones entre el equipo que prepara esta actividad comunitaria los días 14 y 21 de marzo y 11 de abril de 2018.
Con el objetivo de:
-Concretar el contenido teórico
-Formular las preguntas y respuestas múltiples de los test pre y post docencia
-Distribuir las tareas de contactos (Dirección del colegio, Unidad Docente de Sector I y SamFyC) y elaboración de agenda.
Planificar el trabajo con los grupos prácticos.
2- Se realizan contactos telefónicos con la dirección del centro educativo: se ha contado con el apoyo de la administrativa del centro de salud para cuadrar agendas que permitan la optima cobertura de todos los servicios de atención sanitaria.
Así mismo se contacta con la unidad docente y con SamFyC.
3- En todas las reuniones y actividades se ha contado con la presencia de un médico residente de la Comunidad Foral de Navarra que esta en rotación externa con nosotras en el Centro de Salud.
4- Se recoge y se devuelve material a la unidad docente del sector I y a SamFyC.
5- Se realiza revisión bibliográfica y se elabora presentación audiovisual para los talleres. Hay dos instructoras de RCP y desfibrilación con experiencia en docencia. Se aporta así mismo el material que ambas tienen elaborado y se modifica para su adaptación a la edad y contexto no sanitario.
6- Elaboración de los talleres que se presentan con una parte de teoría a desarrollar en 30 minutos máximo con priorización a la participación activa de los discentes. Los docentes se van alternado en todo momento dinamizando la parte práctica. Los talleres se realizan los días 18 de mayo (3 grupos de 6-7 alumnos cada uno) y el 25 de mayo (2 grupos de profesores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Taller con alumnado del curso de 6º de Primaria.
2- Taller con claustro de profesores.
El impacto sobre el alumnado se valora de forma cualitativa y en momento diferido al de la realización del taller.
Se vio oportuno valoración trasversal por parte del profesorado. En actividades de clase realiza el análisis.
Nos han trasmitido una buena valoración. Además les ha servido para desarrollar actividades de anatomía, conceptos de socialización, servicios, desarrollo rural...
Sobre la evaluación a claustro de profesores se realizo en dos aspectos:
A) Evaluación cualitativa. En ella puntúan 4 sobre escala de 5. Realizan la valoración muy positiva sobre los aspectos de colaboración entre centro de salud y comunidad educativa y la continuidad de esta colaboración.
También valoran el aspecto de conocimiento sobre ellos y el alumnado en un tema de alta sensibilidad emocional.
B) Se realizo un test pre y post taller. Con 10 preguntas de respuesta múltiple. Se mejoró el conocimiento y la respuesta verdadera en una media de 4 preguntas por alumno. En dos casos persistieron 2 preguntas con contestación errónea que nos indican la posibilidad de mejorar la trasmisión oral de conceptos.
La participación del profesorado fue de 11 personas de un claustro de 19. Ausencias que se justifican por la necesidad de atender al alumnado y los contratos parciales de trabajadores que no coinciden con el horario de participación en el taller .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad responde de forma satisfactoria a la necesidad en la comunidad de formación e implicación, en un tema fundamental, como es la atención a una urgencia extrahospitalaria que en un alto porcentaje es presenciada y atendida por personal no sanitario .
Es una actividad con escaso coste económico de gran repercusión en la posibilidad de salvar vidas y en la que la población se ve implicada .
Cumple con la normativa que debe ir desarrollándose sobre la implantación del uso de desfibriladores en la CCAA de Aragón.
Colabora en la educación de la comunidad que es una de las labores intrínsecas de los equipos de Atención Primaria, en especial de zonas rurales por sus características de mayor cercanía a la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Sobre el equipo que ha desarrollado la actividad, ha generado satisfacción profesional y personal tanto por la colaboración de estamentos de enfermería y medicina como por la relación con los pacientes en un contexto externo a la enfermedad.
RECOMENDACIONES
Nos parece interesante mantener esta actividad de forma anual.
Ampliar la oferta a asociaciones de la zona de salud.
Proponer la rotación de personal sanitario del centro para mantener la actividad.

7. OBSERVACIONES.
En el apartado de otros componentes del equipo de mejora se añade a TERESA BLASCO SELLES dado que ha participado activamente en dicho proyecto y por error no constaba en la documentación anterior.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/952 ========== ***

Nº de registro: 0952

Título
EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Autores:
PUEYO VAL OLGA MARIA, CABRERO CABORNERO ANA ISABEL, MURILLO SALVADOR RAQUEL, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

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

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

PROBLEMA
4. La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitario. Con la nueva ley de la DGA de implementación de DESA en Aragón la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso.
5.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar dar a conocer la cadena de supervivencia y el uso del DESA en la población general.
En segundo lugar desarrollar actividades comunitarias de participación.

MÉTODO
Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a : alumnado de 6º de primaria, AMPA y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín.
Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza de muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

INDICADORES
Se realiza un test de 5 preguntas previo y post actividad a los tres grupos mencionados anteriormente.
Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.
Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%

DURACIÓN
Cada taller tendrá una duración de 90 minutos, 45de los cuales se dedican a realizar test previo y formación teórica resolviendo las dudas que surjan. En los siguientes 45 minutos se dividirán a los participantes en grupos de entre 6-8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.
Al acabar se pasará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.,
1 sesión con alumnos de 6º primaria : mayo 2018
2ªsesión con claustro de profesores: junio 2018
3ªsesion con AMPA: septiembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0323

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR JULIAN ARANDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON RICARTE ISABEL
BELTROL ALGUERO PILAR
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
BENITO CORNAGO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto comenzó en abril de 2018., después de reunirse el Equipo de Admisión, se tomaron las decisiones relativas a la metodologia y objetivos del mismo.
Se creó una Agenda en OMI, se llama "ENTREGA DE PARTES DE CONFIRMACION", donde los pacientes, que su médico de familia decida, que no es necesario que pase por consulta a recoger los partes, se citen en Admisión para que su médico con una cita NO PRESENCIAL, la deje en Admisión.
Desde Admisión, cuando el paciente viene a buscar su parte de confirmación, se cita en esta agenda creada para ello, y en observaciones ponemos el nº de parte que se le entrega.
Se le vuelve a citar otra cita NO PRESENCIAL para el próximo parte.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los 10 meses de duración del proyecto se han entregado un promedio de 80 a 100 partes por semana. Unas 16 diarias, unas 400 al mes, suponen evitar un 4,5% de visitas en consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se puede comprobar que es un beneficio importante para descongestionar y agilizar las consultas de los médicos, muy sobrecargadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/323 ========== ***

Nº de registro: 0323

Título
REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CORMIRMACION

Autores:
JULIAN ARANDA MARIA PILAR, GASCON RICARTE ISABEL, BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, LATAPIA VILLARTE CARMEN, MORENO BENITO PABLO, BENITO CORNAGO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: I.L.T.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Visualizar una actividad que se esta ya realizando por el Servicio de Admisión con objeto de hacer un control y registro de la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0323

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION

RESULTADOS ESPERADOS
Citar los partes de confirmación que los médicos del Centro dejan en Admisión para entregar a los usuarios.

MÉTODO
Creamos una nueva agenda en "OMI" con el nombre de "Entrega de Partes de Confirmación" donde citaremos al usuario cuando venga a recogerlo, previa identificación con DNI o Tarjeta Sanitaria y apuntaremos el numero de parte que entregamos.

INDICADORES
Registraremos 100% de Partes.
% de Partes registrados = Nº de Partes registrados/Nº Total de Partes

DURACIÓN
Se evaluará a final de año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1420

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GASCON RICARTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ QUINTAS MARIAN
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
JULIAN ARANDA PILAR
BENITO CORNAGO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto comenzó en abril de 2018. Desde esa fecha se han convocado reuniones periódicas con los integrantes del grupo encargado del proyecto para tomar decisiones relativas a este (metodología, objetivos generales y específicos, coordinación de tareas, etc.).
La actualización del archivo de historias se realizó cuando la presión asistencial era menor.
En los 10 meses de duración del proyecto se comprobaron un total de 3.600 Historias clínicas de papel que abarcan los años 1913 hasta 1954 con el fin de depurar el archivo del centro de Salud Arrabal..
Se comprobó, para cada historia y una a una, la siguiente información:
1- Si el paciente pertenece al centro de salud de Arrabal.
(Se comprueba la fecha de nacimiento, hay errores de dupliciad por ello)
2- En caso de NO pertenecer al centro, a través del programa BDU, se revisó:
a. Si el paciente pertenece a otro centro de salud de la comunidad autónoma de Aragón.
b. Si el paciente pertenece a otra comunidad autónoma o si está dado de baja por caducidad o por decreto ley.
c. Si el paciente está dado de baja por fallecimiento.
Posteriormente, se clasificaron de la siguiente manera:
1- Las historias de pacientes que pertenecen al centro de salud se guardaron nuevamente en el archivo.
2- Las historias de aquellos pacientes que ya no pertenecían al centro se clasificaron en cajas por año y se almacenaron en un nuevo archivo supletorio con el fin de no mezclar las historias de pacientes en activo del centro de salud con estas otras. Si el paciente estaba dado de baja por fallecimiento, se añadía al archivo de Exitus.
Al mismo tiempo se ha creado una hoja de cálculo con la aplicación Excel donde se han separado por hojas los pacientes de exitus, otros centro y Bajas ….. que permite registrar y facilitar el acceso a las historias de los pacientes no pertenecientes ya al centro. El registro consiste en una matriz en la que se añaden los datos de los pacientes: nombre, apellidos, etc. y se ordena por fechas de nacimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
Hasta fecha 28/02/2019 se han revisado …3.594
Pertenecen al centro de salud: …..2.499
Exitus…..171
Pertenecen a otro centro de salud de Aragón……469
De a otra C. Autónoma, está dado de baja por caducidad o por decreto ley……351
Error de etiquetado y desechadas por otros motivos ….. 100

LA DEPURACION DE ESTE ARCHIVO (1,100 HISTORIAS) SUPONE UN 30,55%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe un claro beneficio tanto para el servicio de admisión como para el personal sanitario, ya que se ha conseguido depurar un archivo que se encontraba colapsado, ampliándose el espacio para almacenamiento de nuevas historias y siendo más cómodo encontrar las que ya están almacenadas.
Además se han encontrado errores en el etiquetado de las historias y algunas duplicadas, que gracias a este proyecto han podido ser subsanadas.
Además, la creación de una hoja Excel con ciertos datos facilita la búsqueda de las historias ya separadas del archivo principal.

7. OBSERVACIONES.
Como sugerencia, se podría plantear que las historias de aquellos usuarios que estan en otros Centros, se pudieran enviar al Centro que pertenezca, sin previa petición, para unificar la historia de papel del usuario. No tiene tiene sentido que los pacientes tengan historias repartidas en diferentes Centros, por no haberlos solicitado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1420

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1420

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

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

Nº de registro: 1420

Título
DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

Autores:
GASCON RICARTE ISABEL, GONZALEZ QUINTAS MARIAN, MORENO BENITO PABLO, LATAPIA VILLARTE CARMEN, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, BENITO CORNAGO MARIA LUISA, AZUARA BRUALLA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

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

PROBLEMA
Tenemos el archivo muy colapsado. En la secesidad de hacer sitio, detectamos que hay carpetas de historias de pacientes que ya no estan en el Centro o que han fallecido fuera de nuestra zona.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el espacio del archivo, retirando las historias, agrupandolas en cajas en 3 grupos: Exitus, Bajas y Otros Centros. archivadas por fecha de nacimiento.

MÉTODO
De BDU cada mes sacamos listado de los fallecimientos de usuarios de nuestro Centro. Retiramos las historias del archivo y se colocan en un archivador de Admisión (el año en curso y el anterior) archivados por fecha nacimiento. Durante los meses de menor presion de trabajo en Admisión revisamos las historias (desde 1914) hacia adelante, si no aparece en OMI, comprobamos en BDU. Y lo incorporamos en uno de los tres grupos. Exitus, Baja u Otros Centros.

INDICADORES
Indicador de Evaluación: 5000 historias en 2018.

DURACIÓN
Abordar la revisión de historias en un 25% anual, entre los meses de Junio, Julio y Agosto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFARGA SANTIAGO CLARA
ANDRES CASTRO SARA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
BATISTA GUTIERREZ SILVIA
TOLOSANA LASHERAS TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios y son atendidas por administrativos del centro, los cuales avisan a los profesionales que están de guardia .Esto conlleva el abandono de la consulta . No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, y muchas de ellas se podrían demorar hasta que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico. Es el paciente quien decide subjetiva mente si su llamada es una urgencia y el administrativo quien la deriva como tal.

El triaje, consiste en un proceso de gestión del riesgo clínico para manejar adecuadamente y con seguridad la demanda y necesidades sanitarias de los pacientes cuando estas son superiores a los recursos disponibles. El Objetivo del estudio era implementar un protocolo de triage telefónico para atender las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.
Para ello, primeramente, se creo una agenda exclusiva para el registro de los avisos urgentes a domicilio. Después analizamos la situación en el centro de salud Arrabal, durante los meses de Abril, mayo, junio y julio .valorando los domicilios a los cuales se había acudido con mínima espera y sin triaje previo.(Prioridad I =Emergencia).
Se realizo una sesión informativa al equipo sobre el estudio de calidad y posteriormente, a finales de julio se inicio el triaje de avisos hasta finales de octubre.
Como material se elaboraron dos arboles de decisión, con preguntas sobre patologías y síntomas, uno para el servicio de admisión y otro para el de enfermería; Para ello se tomo como referencia el utilizado en el triaje del servicio 061 . Usando un modelo simplificado y esquematizado con colores, para que resultara mas sencillo. Se clasificaron 4 niveles de prioridad en función de la gravedad y necesidad de rapidez de actuación (Emergencia, Urgencia,Urgencia Demora ble, No urgente).
se aplicaba dicho protocolo telefónico primero por una enfermera/o en el centro de salud al recibir el aviso, asignando al aviso una prioridad determinada y se re evaluaba ya en domicilio por los profesionales que atendían el aviso. La enfermera/o que triaba el aviso era siempre la misma/o que acudía al domicilio.
Al volver al centro de salud se anotaba la prioridad del domicilio en la agenda que fue creada para el registro de avisos urgentes mientras durase el estudio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Fueron un total de 21 urgencias, teniendo en cuenta que dicho periodo del estudio no coincide con un periodo de máxima demanda y con el sesgo añadido, de que no todos los administrativos registraron los domicilios en la agenda . Según la planificación del estudio hubieran sido necesarios un número de 30 pacientes para que la muestra fuera representativa. No obstante, los datos obtenidos describen la necesidad de establecer un cambio: De estos 21 avisos, solamente 4 se consideraron como Prioridad I, por lo que 17 podrían haber sido atendidos con menor antelación sin perjudicar la evolución del paciente. Y por lo tanto, los sanitarios no habrían abandonado la consulta de los pacientes programados o urgentes en el centro.

Una vez implantado el estudio, fue enfermería quien tuvo que triar telefónicamente y registrar los datos obtenidos. Solamente se registraron un total de 15 avisos domiciliarios por enfermería, lo que supone un sesgo, ya que en realidad hubo un mayor número de avisos. De los avisos registrados solamente 4 fueron avisos asignados con Prioridad I, Emergencia (tanto telefónicamente como una vez atendido). De los demás avisos con prioridades II, III, solamente hubo un domicilio que fue asignado con una prioridad menor de la que realmente correspondia (Teléfono III, Post atención II), lo que supone un acierto del 93,5% de la muestra obtenida, un 6,5% de error

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto-piloto de triage telefónico muestra un buen sistema de priorización y manejo del tiempo de atención, sin embargo hemos observado grandes problemas durante su implementación:
No todo el personal de enfermería está de acuerdo en participar en el proyecto y asumir el papel de triar afirmando que: “Enfermería no tiene por qué tomar decisiones que ha de tomar el médico”. A pesar de saber que en el 061 es enfermería quien tría las llamadas telefónicas. Asimismo en urgencias hospitalarias todo paciente que es atendido pasa primero por una consulta enfermera de triage.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

La mayor parte del personal de los centros de salud que llevan muchos años trabajando en el mismo, son más reacios a los cambios que la gente joven.

Muchos profesionales no quisieron involucrarse o participar, ya que el proyecto-piloto no es un proyecto oficial instaurado desde la Secretaría de Salud y supone un trabajo añadido .
El estudio ha sido implementado en periodo vacacional, por lo que ha habido mucha rotación de personal tanto administrativo, como sanitario, y la información no ha sido transmitida eficazmente de unos a otros.

Por otro lado, ha habido unanimidad en la opinión de enfermería y medicina respecto a los beneficios de realizar una llamada telefónica antes de acudir al domicilio. Afirman que de esta manera van mucho más preparados al domicilio con el material necesario y la situación a la que se van a enfrentar. Asimismo, el paciente se queda mucho más tranquilo habiendo hablado con un profesional y desciende su impaciencia en la demanda.

Es un proyecto que puede mejorar notablemente la gestión de la atención domiciliaria urgente pero, como todo cambio, lleva un proceso muy largo hasta su correcta implementación. Este proyecto ha sido una toma de contacto, pero para poder ser efectivo y mejorar la calidad de la organización del centro de salud se necesitaría una serie de cambios. Por un lado, establecer como nuevo protocolo a seguir desde Dirección de El Salud, no como un proyecto-piloto; instruir al personal administrativo y sanitario semanalmente en reuniones para que no se pierda la información y reforzar la continuidad; y dar un periodo de un año hasta que se consigan los resultados esperados y sea adaptado como un mecanismo de trabajo común.

Es un proyecto que puede mejorar notablemente la gestión de la atención domiciliaria urgente, pero para ello han de estar implicados administrativos, enfermeros y médicos en un trabajo común.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/970 ========== ***

Nº de registro: 0970

Título
TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BORRAZ ABELLA NURIA, TOLOSANA LASHERAS TERESA, ANDRES CASTRO SARA, LAFARGA SANTIAGO CLARA, BATISTA GUTIERREZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

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

PROBLEMA
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

MÉTODO
Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparara el nivel de prioridad asignado inicialmente por telefóno y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

INDICADORES
Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

DURACIÓN
Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFARGA SANTIAGO CLARA
ANDRES CASTRO SARA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primeramente antes de poner en acción nuestro proyecto, analizamos la situación existente en el C.S. Arrabal. Durante los meses de abril, junio y julio de 2018 registramos los avisos urgentes a domicilio a los cuales medicina y enfermería habían acudido con la mínima espera posible (prioridad I. Emergencia), puesto que previamente no se designaban distintos niveles de triage.
Se elaboró un triage administrativo y otro enfermero para identificar nivel de la urgencia .
Se realizarón dos sesiones para explicar al personal de admisión y enfermería como recepcionar la llamada, y los pasos siguientes para su evaluación por enfermería si es necesario y asignar el nivel de emergencia.
En Julio y Agosto se hicieron los casos reales con las llamada recibidas en el centro, y al finalizar la atención,la enfermera comprobaba si el nivel se correspondia con el asignado previamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
rimeramente antes de poner en acción nuestro proyecto, analizamos la situación existente en el C.S. Arrabal. Durante los meses de abril, junio y julio de 2018 registramos los avisos urgentes a domicilio a los cuales medicina y enfermería habían acudido con la mínima espera posible (prioridad I. Emergencia), puesto que previamente no se designaban distintos niveles de triage.
Fueron un total de 21 urgencias, teniendo en cuenta que dicho periodo del estudio no coincide con un periodo de máxima demanda y con el sesgo añadido, de que no todos los administrativos registraron los domicilios en dicha agenda.
Según la planificación del estudio hubieran sido necesarios un número de 30 pacientes para que la muestra fuera representativa. No obstante, los
datos obtenidos describen la necesidad de establecer un cambio: De estos 21 avisos, solamente 4 se consideraron como Prioridad I, por lo que 17 podrían haber sido atendidos con menor antelación sin perjudicar la evolución del paciente. Y por lo tanto, los sanitarios no habríanabandonado la consulta de los pacientes programados o urgentes en el centro.
Una vez implantado el estudio, fue enfermería quien tuvo que triar telefónicamente y registrar los datos obtenidos. Solamente se registraron un total de 15 avisos domiciliarios por enfermería, lo que supone un sesgo, ya que en realidad hubo un mayor número de avisos. De los avisos registrados solamente 4 fueron avisos asignados con Prioridad I, Emergencia (tanto telefónicamente como una vez atendido). De los demás avisos con prioridades II, III, solamente
hubo un domicilio que fue asignado con una prioridad menor de la que realmente era (Teléfono III, Post atención II), lo que supone un acierto del 93,5% de la muestra obtenida, un 6,5% de error

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acorde al estudio previo de los avisos urgentes a domicilio y la propia experiencia de los profesionales del centro, que afirman que la mayor parte de los avisos que se atienden como emergencias, no lo son, se observa una necesidad de mejora de dicha organización.
El proyecto-piloto de triage telefónico muestra un buen sistema de priorización y manejo del tiempo de atención, sin embargo hemos observado grandes problemas durante su implementación:
- No todo el personal de enfermería está de acuerdo en participar en el proyecto y asumir el papel de triar afirmando que: “Enfermería no tiene por qué tomar decisiones que ha de tomar el médico”. A pesar de saber que en el 061 es enfermería quien tria las llamadas telefónicas. Asimismo en urgencias hospitalarias todo paciente que es atendido pasa primero por una consulta enfermera de triage.
-La mayor parte del personal de los centros de salud llevan muchos años trabajando y son más reacios a los cambios

- Muchos profesionales no quisieron involucrarse o participar, ya que el proyecto-piloto no es un proyecto oficial instaurado desde la Secretaría de Salud y supone un trabajo añadido hasta que se estableciera como costumbre de trabajo.
- El estudio ha sido implementado en periodo vacacional, por lo que ha habido mucha rotación de personal tanto administrativo, como sanitario, y la información no ha sido transmitida eficazmente de unos a otros.
Por otro lado, ha habido unanimidad en la opinión de enfermería y medicina respecto a los beneficios de realizar una llamada telefónica antes de acudir al domicilio. Afirman que de esta manera van mucho más preparados al domicilio con el material necesario y la situación a la que se van a enfrentar. Asimismo, el paciente se queda mucho más tranquilo habiendo hablado con un profesional y desciende su impaciencia en la demanda.
Es en realidad el mismo proceso que describe el proyecto-triage, pero sin designar prioridades I, II y III, que para enfermería supone una mayor tranquilidad al “no tener que tomar decisiones”. Pero a fin de cuentas, de manera verbal o de manera protocolizada, se traduce en:
Atender al paciente en el tiempo necesario según su patología y no siempre estableciendo un nivel de prioridad común a todos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/970 ========== ***

Nº de registro: 0970

Título
TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BORRAZ ABELLA NURIA, TOLOSANA LASHERAS TERESA, ANDRES CASTRO SARA, LAFARGA SANTIAGO CLARA, BATISTA GUTIERREZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

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

PROBLEMA
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

MÉTODO
Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparara el nivel de prioridad asignado inicialmente por teléfono y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

INDICADORES
Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

DURACIÓN
Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1498

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MAGALLON BOTAYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN GERMAN MARIA LUISA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
VERA COLAS MARINA
LOREN BLAS SILVIA
CERRADA ENCISO LUCIA
LACORT BELTRAN EVA
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se tuvo una reunión de coordinación con la asociación de vecinos Tío Jorge para conocer el interés de la comunidad con respecto al saber más sobre las voluntades anticipadas y el derecho a una muerte digna. A partir de ahí se programaron 4 sesiones: 3 en la misma Asociación de Vecinos y 1 en el Centro de Salud. De las 4 sesiones, quedan pendientes 2 programadas en marzo y abril de 2019, antes de las fiestas del barrio, tal y como se había consensuado.
El contenido de la actividad fue: conceptos generales sobre la muerte digna y las voluntades anticipadas, legislación al respecto, procedimiento para la solicitud de éstas, y ruegos y preguntas. Duración aproximada de 2 horas. Se han repartido dípticos informativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera reunión realizada en la Asociación de Vecinos acudieron alrededor de 40 personas, que mostraron gran interés acerca de las voluntades anticipadas, con escaso conocimiento previo del tema. La satisfacción de los participantes fue muy alta, creándose un clima de debate participativo en torno a las situaciones personales de cada uno. Ante la demanda creada quedan dos sesiones pendientes.
Se ha realizado también una sesión en el Centro de Salud para los profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha contrastado que a pesar de ser un tema que debería conocer, no tenemos suficiente base de conocimiento, ni individual ni para poder informar a los pacientes que puedan estar interesados.
Tras las últimas sesiones que quedan programadas se consultará con el registro si se observa un incremento de las voluntades anticipadas en la población que abarca nuestro Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1498 ========== ***

Nº de registro: 1498

Título
EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MAGALLON BOTAYA ROSA, JUAN GERMAN MARISA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, VERA COLAS MARINA, LOREN BLAS SILVIA, CERRADA ENCISO LUCIA, LACORT BELTRAN EVA, GALLEGO ROYO ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1498

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

La implantación de las voluntades anticipadas dió un paso para mejorar la accesibilidad de los usuarios a recoger sus inquietudes en su final de vida. Sin embargo, el número de personas que las ha solicitado es escaso y que puede ser debido a la dificultades de acceso o falta de información a los usuarios de como solicitarlos, las implicaciones y el derecho de revocamiento-
Además, parece importante iniciar el debate social ante el final de la vida, debido a los posibles cambios legislativos que se van a llevar a cabo dentro de la Unión Europea en los próximos años. Informar de los cuidados paliativos o de la ayuda que pueden ofrecer los profesionales del centro de salud tanto al familiar enfermo como a los acompañantes puede ayudar a a mejorar la relación equipo de salud-paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la ayuda de la asociación de vecinos del barrio, inicialmente se van a conocer las inquitudes de los usuarios para posteriormente gestionar una formación abierta a toda la población de la zona de salud sobre la calidad asistencial al final de la vida.
Esta pregunta es obligatoria.

MÉTODO
El plan inicial es realizar 2 charlas informativas en la asociación de vecinos sobre las voluntades anticipadas, tanto de gestión como de las implicaciones que estas supone.
Posteriormente, en dependencia de las dudas que hayan surgido, se podrá aumentar el número de charlas para alcanazar el mayor número de población.
Finalmente, se organizará un debate entorno al buen morir para conocer las inquitudes de la población de la zona de salud entorno a las fiestas del barrio.
Esta pregunta es obligatoria

INDICADORES
- Número de usuarios de las charlas previstas.
- Satisfacción de los usuarios.
- Numero de nuevas voluntades anticipades de los pacientes de la zona de salud dependiente del centro de salud.

DURACIÓN
Curso 2018/2019
- Desde Septiembre de 2018 hasta Junio de 2019.
Finalizará con las fiestas del barrio del Arrabal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL YVALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CELINA DE LA PARRA CARQUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La relajación corporal y mental es una técnica que puede utilizarse con fines específicos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una técnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.
La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertension y ansiedad producida por diferentes causas a veces originadas por desequilibrios hormonales como en el caso de mujeres menopausicas, otras veces problemas familiares o personales.
El objetivo de mi proyecto fue enseñar a los pacientes a aplicar este método y mejorar su estado anímico y de bienestar.Asi como ver la repercusion que tiene directamente en los niveles de Hipertension arterial.
He trabajado con dos grupos de pacientes,hasta el momento, 20 en total,durante 8 semanas. la relajacion la he realizado una vez por semana con una duracion de 30/40 minutos en la sala de preparacion al parto del centro de salud.Como en etapas anteriores, se utilizo previamente un cuestionario de sensaciones corporales para valorar la ansiedad,así como una toma previa
de ta antes de comenzar el proyecto .Para el análisis de resultados se empleará un diseño descriptivo longitudinal con mediciones pre-post intervención.
no obstante se presenta una encuesta de satisfaccion de los pacientes,un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad, y se les proporciona el primer dia una hoja diario de practicas de relajacion en casa para que indiquen los dias de la semana y veces que hacen la practica.
al final del trabajo se comparará las tensiones arteriales pre y post del curso,pudiendo obtener conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los resultados finales no estan concluidos,ya que estoy pendiente de trabajar con otro grupo de estudio,del cual obtendre conclusiones definitivas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
pendiente de datos finales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/888 ========== ***

Nº de registro: 0888

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Autores:
DE LA PARRA CARQUE CELINA

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

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia que provoque ansiedad stress e influya en su bienestar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL YVALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La relajacion es una tecnica que puede utilizarse con fines especificos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos.Es una tecnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.La mayoria de los pacientes vistos en consulta de enfermeria,padecen de hipertension y diferentes tipos de ansiedad,por ello se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta tecnica en cualquier ambito de su vida

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajacion muscular y mejorar su estado animico y de bienestar

MÉTODO
Se realizaran una sesion a la semana durante un mes por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajacion todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa varias veces al dia, durante 20 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda. En proxima sesion se revisaran resultados

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajacion se cuantificaran datos de tension arterial que se volveran a registrar al finalizar el programa.Se les pasara un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad con cuantificacion de nada a extremadamente.se les repartira diariamente un cronograma para realizacion de relajacion en casa de lunes a domingo mañamna tarde y noche. al finalizar el proyecto se les repartira un cuestionario de satisfaccion

DURACIÓN
El proyecto tiene una duracion de tres años comenzando el dia 2 de septiembre de 2014 primera sesion y finalizando previsiblemente en mayo de 2017.
cuatro martes al mes durante media hora practica de relajacion dirigida .Al finalizar las sesiones control de tension arterial a cada paciente y valoracion de resultados .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA
SORA USON OLGA
FUSTERO FUSTERO MARIA ISABEL
CLERENCIA CASORRAN CARLOS
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha establecido la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Se ha creado una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- Se han impartido sesiones en todos los centros de salud del sector sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas en el protocolo de epoc y tabaco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Se ha creado una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- El indicador "registro del Hábito Tabáquico ", obtenido desde el CM de Crónicos del SALUD, mostraba inconsistencias de frecuencia esperadas.
Se detectó que este indicador está sujeto a restricciones temporales, ya que el acto registrado "Si" o "No" tiene caducidad anual. Este resultado del "CM de Crónicos" solo mostraría a aquellos usuarios que hubieran consultado en el último año y en el que el profesional hubiera revisado el estado del registro de su hábito tabáquico. Lo que a los profesionales sugirió que el indicador del CM infra-estimaba en gran magnitud el registro real en OMI-AP.
Dado que el objetivo implícito es determinar en qué grado los profesionales sanitarios del EAP actúan a través de la entrevista y el registro en HC de AP del hábito de los usuarios, se decidió realizar una consulta estructurada a la base de datos del OMI contra el DGP "Hábito Tabáquico". El resultado fue de 64811 registros históricos en 23315 usuarios diferentes; 16327 de ellos con registro “no habito” y 6988 “sí habito”: 70% no fumadores y 30% sí.
Un dato relevante es que ambos grupos de población de media han sido interrogados por su médico de cabecera al menos 3 veces en los últimos años, (los casos extremos hasta en 18 ocasiones).
- En relación con item “prevalencia de epoc”, para un centro con 33000 usuarios y una "prevalencia de epoc" ----(según el CM) de 549, se ha detectado que la actividad registrada ha pasado de 4 a 10 registros en un año.
- Indicador síntomas respiratorios y limpieza de vías aéreas: Ambos indicadores han incrementado, pero en una magnitud ínfima. Síntomas: 92 casos (2017) < 96 casos (2018)
Vías: 98 (2017) < 108(2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades y objetivos planteados cuya responsabilidad dependía exclusivamente de las personas responsables del proyecto se han cumplido al 100%.
En relación con las actividades que en las que participan el resto de los miembros del equipo de atención primaria:
1. Se puede considerar que la actividad de los profesionales del EAP en relación con el hábito tabáquico es elevada, dada la alta frecuencia y el alto promedio individual de registros por usuario, con las especiales características de continuidad y longitudinalidad de la AP y la cercanía de los profesionales a sus usuarios ya supone un alto conocimiento de sus hábitos, pero su elevado registro confirma además el compromiso profesional.
2. En relación con item “prevalencia de epoc”, para un centro con 33000 usuarios y una "prevalencia de epoc" ----(según el CM) de 549, no parece una gran actividad el incrementar 4 y 10 registros en un año.
3. Con respecto a los Indicadores "Síntomas" y Vías Aéreas” en estos dos servicios la actividad registrada ha sido mínima, solo 10 casos, y un resultado % comparado con sector y Aragón muy mejorable.
Por todo ello pensamos que para modificar la actitud de los profesionales sanitarios en la modificación del registro de actividades, no es suficiente con dar una o dos sesiones en el centro sobre dicho tema, haría falta un programa a lo largo de años de concienciación de los profesionales, tal y como se muestra en registro del hábito tabáquico que ha aumentado significativamente.
En nuestra opinión, la actuación vs. registro sobre la EPOC desde atención primaria es todavía muy baja, los profesionales sanitarios no se encuentran en los centros de salud suficientemente concienciados/motivados sobre la importancia del control periódico de dicha enfermedad crónica, no se ha asumido en atención primaria que el control periódico del paciente EPOC tiene la misma importancia que el control del paciente hipertenso o diabético y requiere el mismo tipo de seguimiento tanto por parte de medicina como de enfermería.
No obstante, habría que obtener información complementaria de los profesionales para averiguar qué "explica" esta baja cobertura %.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/105 ========== ***

Nº de registro: 0105

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA, SORA USON OLGA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL

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

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

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

PROBLEMA
En el sector I de Zaragoza se ha detectado un bajo registro tanto de la prevalencia de EPOC, como de consumo de tabaco. Del mismo modo el registro de las actividades de enfermería tanto en el seguimiento de la EPOC con el registro de síntomas respiratorios y el uso adecuado de inhaladores está muy por debajo del esperado.
Pensamos que pueden ser multifactoriales las circunstancias que motivan dicho infraregistro. En primer lugar, pensamos que en parte se trata de una inadecuada codificación/registro en OMI, es decir, pacientes que comienzan son síntomas respiratorios, tos, espectoración... y en un primer lugar se codifica, el proceso por el síntoma correspondiente, pero cuando se llega al diagnóstico definitivo de EPOC en lugar de crear un nuevo episodio de EPOC, se sobreescribe sobre el/los síntomas iniciales.
Otro de los posibles motivos es la hasta ahora importante lista de espera en servicio de neumología.
El infrarregistro de las actividades de enfermería de igual modo pensamos que es fundamentalmente por no señalar el lugar correspondiente de la actividad realizada, escribiendo dicha actividad en texto libre.
El infraregistro de consumo de tabaco, pensamos que es debido a que al no haber una consulta específica de deshabituación tabáquica en el sector, esto desmotiva a los profesionales sanitarios a actuar sobre dicho proceso.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el registro en OMI de EPOC.
- Mejorar el registro en OMI de CONSUMO DE TABACO.
- Mejorar el registro en OMI de SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN EL PACIENTE EPOC.
- Mejorar el registro en OMI USO ADECUADO DE INHALADORES.

MÉTODO
- Establecimiento de la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Creación de al menos una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- Impartir sesiones en el/los centros de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas (al menos 1 sesión).

INDICADORES
- Cuadro de Mandos: Prevalencia EPOC: valor actual 3%; objetivo 3,60%.
- Cuadro de Mandos: Detección Tabaco: valor actual 40,88%; objetivo 45%.
- Cuadro de Mandos: Registro de síntomas respiratorios:valor actual 14,61%; objetivo 22%.
- Cuadro de Mandos: Vías aéreas: valor actual 12,90%; objetivo 20% .
- Porcentaje de CS con Interconsulta Virtual a Neumología: valor actual 50%; objetivo 100%.
- Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica: valor actual- No; objetivo-Sí.
- Impartir sesiones en el/los centro de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades objetivo realizadas: valor actual-No, objetivo- al menos 1.

DURACIÓN
- Las actividades previstas está en proceso de realización. Ya se ha comenzado con la interconsulta virtual de neumología.
- La consulta monográfica de tabaquismo ya está planificada su estructura y desarrollo, comenzando su actividad cuando la Gerencia de Atención Primaria dé los permisos correspondientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA

- Las sesiones de formación en registro en OMI, se llevarán a cabo a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1075

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA ASSO OTAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA
FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL
SORA USON OLGA
LOPEZ ABAD OLGA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2018 Y CON LISTADOS DE 5 CUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA, SE SELECCIONARON A 50 PACIENTES SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN (PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 INSULINIZADOS Y NACIDOS ENTRE 1938 Y 1968, EN TRATAMIENTO CON INSULINAS BASALES, BASAL Y RÁPIDA O MEZCLAS).
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE SE CONTACTÓ CON LOS PARTICIPANTES VÍA TELEFÓNICA O EN CONSULTA PRESENCIAL, DONDE SE LES REALIZÓ 2 TEST: TEST DE EVALUACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL DE HIPOGLUCEMIAS (CRITERIOS MAYORES Y MENORES) Y EL TEST DE CLARKE (PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS).
SE DESCARTÓ EL TEST DE CALIDAD DE VIDA PORQUE NO SE ENCONTRÓ NINGUN TEST VALIDADO ESPECÍFICO PARA HIPOGLUCEMIAS ADEMÁS DE QUE LOS ENCONTRADOS NO CUMPLÍAN CRITERIOS EN LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA.
EN ESTE PERIODO SE CAPTÓ A LOS PARTICIPANTES Y SE LES PROPUSO A ELLOS, ACOMPAÑANTES Y/O CUIDADORES PARTICIPAR EN UNA CHARLA/TALLER DE 2H30 PARA INFORMARLES DE LA DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS Y FORMARLES EN LA ACTUACIÓN.
SE REALIZARON 3 TALLERES EN DIFERENTES DÍAS (10,12,13 DE DICIEMBRE)
IMPARTIDOS POR ENFERMERÍA CON LA AYUDA DE UN POWER POINT HECHO
PREVIAMENTE Y PASANDOLES UN TEST PRE-TALLER Y OTRO POST-TALLER ADEMÁS DE UN TEST DE SATISFACCIÓN. EN EL TALLER PARTICIPARON 27 PERSONAS. Y AL ACABAR SE LES DIO DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA EN FORMATO PAPEL, LIBRO DE REGISTRO HIPOGLUCEMIAS, ASÍ COMO DE RECOMENDACIONES EN DIABETES.
NO SE UTILIZÓ EL T-COACH, COMO SISTEMA DE TITULACIÓN Y FORMACIÓN YA QUE EXCLUYE OTROS TIPOS DE INSULINAS Y EXISTÍAN CONFLICTOS ÉTICOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA FARMAINDUSTRIA EN DICHO PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LOS TALLERES SE DETECTÓ UNA FALTA DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES, POR EJEMPLO EN LA FASE PRE-TALLER EL 26% CONOCÍA QUÉ HACER ANTE UN PACIENTE INCONSCIENTE CON HIPOGLUCEMIA Y EN LA FASE POST-TALLER EL 81,4%. EL 100% DE LOS PARTICIPANTES CONSIDERARON NECESARIO EL TALLER, CON UNA SATISFACCIÓN MEDIA DE 9,7.
INICIALMENTE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ERA DE RIESGO INDIVIDUAL ALTO POR EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES, EDAD Y POLIFARMACIA. TRAS REALIZAR LOS TEST DE CLARKE SE OBSERVA QUE LAS HIPOGLUCEMIAS NO SON INADVERTIDAS, Y QUE EXISTEN MENOS RIESGOS DE LOS QUE PREVIAMENTE SE HABÍAN CONSIDERADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN HA SIDO BUENA TANTO POR LOS PARTICIPANTES COMO POR LOS PROFESIONALES IMPLICADOS. EN EL TALLER SE HA VISTO LA NECESIDAD DE FOMENTAR EL APRENDIZAJE Y AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTE Y/O CUIDADORES A TRAVÉS DE GRUPOS DE TRABAJO, Y HACIENDO UNA VALORACIÓN CRÍTICA SOBRE LA FALTA DE INFORMACIÓN PREVIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS SOBRE SU ENFERMEDAD Y MANEJO DE LA MISMA. SE PROPONE EN LOS PRÓXIMOS MESES REALIZAR SESIÓN AL RESTO DE PROFESIONALES INFORMANDO DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS DE DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS DESDE LAS CONSULTAS Y PUDIENDO OFERTAR MÁS TALLERES EN GRUPOS AL RESTO DE PACIENTES QUE NO HAN PODIDO BENEFICIARSE DEL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1075 ========== ***

Nº de registro: 1075

Título
GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

Autores:
ASSO OTAL MARIA ELENA, GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL, SORA USON OLGA, ROY PEREZ MARIA JOSE, LOPEZ ABAD OLGA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1075

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

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

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

PROBLEMA
47% DE PACIENTES CON DM2 TIENEN HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS Y DE ESTAS, EL 75% SON NOCTURNAS. ESTO INCREMENTA 25 VECES EL RIESGO DE HIPOGLUCEMIA GRAVE.
(estudio de Chico A, et al, realizado con 70 pacientes (40 con DM1-30 con DM2) monitorizados con MCG.

RESULTADOS ESPERADOS
- AUMENTAR LA IMPLICACION DEL PERSONAL SANITARIO EN POBLACION DIANA (PAC. CON DM2 INSULINIZADOS) PARA DETECTAR HPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS.
- FORMAR A PAC INSULINIZADOS PARA CREAR HABILIDADES PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS Y PREVENIRLAS.

MÉTODO
- 1 SESION FORMATIVA DE EDUCACION GRUPAL SOBRE DETECCCION Y ACTUACION EN HIPOGLUCEMIAS.
- EMPLEO DE SISTEMAS DE TITULACION Y FORMACION (T-COACH U OTROS EXTERNO).
- PASAR TEST DE RIESGO DE HIPOGLUCEMNIAS Y CALIDAD DE VIDA.

INDICADORES
- HIPOGLUCEMIAS EN 1,3,6 MESES.
- CONSEGUIR QUE EL 50% DE PAC AUMENTE SU CONOCIMIENTO SOBRE HIPOGLUCEMIAS : SE PASARA ENCUESTA AL INICIO Y FIN DE PROGRMA.

DURACIÓN
INICIO EN JUNIO DE 2018
EVALUACION FINAL MARZO 2019.
FINAL EN JUNIO 2019.
SE REALIZARA SESION UNA VEZ CAPTADOS LOS PACIENTES.

OBSERVACIONES
ENTRARAN PACIENTES DE ALTO RIESGO (PAC DM2 INSULINIZADOS)

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO
ASENJO COBOS CLAUDIA
SOLER ABADIAS ROSA MARIA
MANJON DOMINGUEZ MARIAN
ARANAZ DE MOTTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
+Se realiza sesión informativa de comunicación interna entre los profesionales con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.
+Se diseña una hoja de registro, una hoja de posología de medicación para entregar a los pacientes y unos pictogramas (con la ayuda del servicio de informática) para pegar en las cajas de los pacientes.
+En este primer semestre a partir de un listado de pacientes polimedicados por encima de los 65 años (sacado desde la central de Zaragoza) se les ha ido llamando, informando de la puesta en marcha del programa y entrevistando.
+En las diferentes entrevistas, se ha valorado primero la capacidad funcional, cognoscitiva y social del paciente para hacerse cargo de la medicación (SI NO CUMPLÍA CRITERIOS SE DELEGABA EN EL CUIDADOR).
+En segundo lugar durante las entrevistas se ha ido valorando la adherencia (test de Morinsky-Green),así como el conocimiento del paciente acerca de la medicación que toma (el cómo, cuándo y para qué), así como realizando educación sanitaria en aquellos aspectos que se tenían que mejorar.
+Como métodos de ayuda para conseguir esa mejora, se le entrega al paciente una hoja de POSOLOGÍA con la medicación que toma y asimismo se le pegan en las cajas de la medicación unos pictogramas que le ayuden a entenderlo mejor.
+Durante el segundo semestre, vamos a ir entrevistando a todas aquellas personas que no han cumplido con la adherencia correctamente ó que desconocían aspectos relacionados con su medicación, para ver si se ha cumplido nuestro objetivo de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
+Hasta la finalización del proyecto, no puedo emitir datos al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En espera de acabar el proyecto, lo que puedo decir es que se necesita dedicación y tiempo a nivel individual y que debería de programarse en las agendas por parte de todos los profesionales como actividad a seguir. Los pacientes en general, agradecen bastante esta dedicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/295 ========== ***

Nº de registro: 0295

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL, MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO, ASENJO COBOS CLAUDIA, SOLER ABADIAS ROSA MARIA, AZNAR GIMENEZ RAMON, MANJON DOMINGUEZ MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: POBLACIÓN > 65A ÑOS QUE TOME MÁS DE 5 MEDICAMENTOS DIFERENTES DE FORMA CRÓNICA Ó HABITUAL.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento de las esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapeúticos cada vez más estrictos,son algunos de los factores qe están ínfluyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de 5 fármacos para prevenir ó tratar problemas de salud.
Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tto, sobretodo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapeútico se sitúa en torno al 30-50%.
Las alteraciones cognitvas ó sensoriales, la dificultad para entender prospectos y recomendaciones ó identificar correctamente los medicamentos por un cambio de marca, son factores que ínfluyen en la baja adherencia.
Desde el ámbito de la ATENCIÓN PRIMARIA queremos educar a estos pacientes sobre el uso correcto de la medicación,así como evitar el consumo innecesario de fármacos,el riesgo de reacciones adversas medicamentosas ó interacciones farmacológicas y reducir el gasto farmaceútico.
Asimismo,consideramos adecuado rebajar el rango de edad a los 65 años,puesto que cada vez son más los pacientes incluídos en este grupo que consumen más fármacos y nos parece que también es bueno empezar a educar en el consumo desde una edad temprana puesto que la capacidad de comprensión es mayor y así cuando lleguen a los 75 años ya se considerará como un hábito.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
+Mejorar la salud y la calidad de vida en la población polimedicada mayor de 65 años mediante el asesoramiento y la educación sanitaria sobre el uso de fármacos por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
+Detectar y resolver problemas en la utilización de medicamentos.
+Incrementar el conocimiento sobre el uso y manejo de la medicación a pacientes, familiares y/o cuidadores en un 10%.
+Mejorar el cumplimiento terapeútico y evitar riesgos y reacciones adversas de los pacientes polimedicados en un 10%.

MÉTODO
CAPTACIÓN a través de la consulta de enfermería y de medicina programada, a demanda y a través de una visita domiciliaria (concertar cita con BOLSA MEDICINAS).
PREPARACIÓN DE LA CONSULTA:
+Recuperar de la hªclínica la hoja de receta electrónica, revisar el plan terapeútico con el médico y preparar como material de apoyo HOJA DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE que refleje dosis y posología.
ENTREVISTA CON EL PACIENTE:
+Comprobar el º de conocimiento de la medicación y valoración cognitiva y social si hace falta, medir la ADHERENCIA (escala de MORISKY-GREEN) e intervenir mediante EDUCACIÓN (para resolver dudas,corregir errores).

INDICADORES
COBERTURA:
+Nº pacientes incluídos en programa/nº de pacientes polimedicados existentes en el mismo período de intervención.
ACTIVIDAD:
+Nº de pacientes incluídos en el programa a los que se les ha realizado la entrevista y entregado la hoja de medicación a los 6 meses de iniciada la intervención/ nº de pacientes totales incluídos en el programa.
+% de cumplimiento según el test de MORISKY a los 6 meses del inicio del programa - tasa de cumplimentación inicial.
+Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicacióna los 6 meses de seguimiento en el programa - grado de conocimiento actual:
SATISFACCIÓN:
+Grado de satisfacción de los usuarios del programa de atención sanitaria al paciente polimedicado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.
+Grado de satisfacción de los profesionales con el programa de atención sanitaria al paciente polimedicado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.

DURACIÓN
Durante el 1er y 3er trimestre del año se seleccionarán los participantes.
A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando entrevistas sobre los pacientes que se van captando.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

SEGUIMIENTO:
Es necesario programar una revisión como mínimo cada 6 meses dependiendo de las necesidades detectadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCHA VITALLER SANCHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ RAPELA ROSALIA
GRASA CAUDEVILLA MARIA MERCEDES SOFIA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL
ARTIGA CASTEL ENCARNA
ASARTA PEÑUELAS DAVID
GUALLAR BAILO CRISTINA
ARBUES MORLANS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De todo lo que se cita existe memoria detallada.
- Junio 2018: Diseño de dos presentaciones, una para el Equipo del Centro de Salud y la otra para los Talleres Formativos.
- 13-06-2018: Comunicación del Proyecto en el Consejo de Salud.
- 12-09-2018: En el Consejo de Salud surgen 5 grupos para la divulgación y realización de los Talleres Formativos.
- Asociación de Padres de Alumnos de la Residencia CAMP.
- Barrio de San Gregorio
- Barrio de Juslibol
- Barrio de Sanjuan de Mozarrifar
- Urbanización el Zorongo
- 26-09-2018: Presentación del Proyecto en el C.S. de Parque Goya
- Septiembre 2018: Diseño de un díptico sobre nutrición y ejercicio y un tríptico sobre manipulación de alimentos.
- Octubre 2018:Diseño de los cuestionarios para la evaluación final y de un cartel informativo para la divulgación de los Talleres.
- Talleres Formativos:
- 26-10-2018: Residencia CAMP (28 asistentes)
- 6-11-2018: Centro Cívico de Mayores de San Gregorio (18 asistentes)
- 13-11-2018: Centro Cívico Barrio de Juslibol (23 asistentes)
- 20-11-2018: Casa de la Cultura de Sanjuan de Mozarrifar (17 asistentes)
- 29-11-2018: Salón Social Urbanización El Zorongo (11 asistentes)
- Total: 97 asistentes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Total asistentes: 97 personas, total encuestas realizadas 82. La mayoría de los cuestionarios están realizados de forma correcta.
2- En todos los Talleres se realizó una tertulia posterior donde se pudo comprobar lo siguiente:
- Todos los asistentes afirmaban querer mejorar y mantener su salud.
- La mayoría aseguraban conocer los conceptos que se exponían pero agradecían volver a recordarlos y aumentar la motivación para mejorar su salud.
- Algunos reconocían desconocer algunos de los puntos tratados y agradecían su aprendizaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- Dada la experiencia anterior sobre charlas a la Comunidad, adecuamos el horario de las charlas a la población de mayor edad, a primera hora de la tarde.
2- Se realizó una mejor difusión, en comparación con otras charlas anteriores, involucrando a los dirigentes de los grupos antes citados y sumando otros métodos de difusión como la megafonía, carteles y sobre todo la invitación individual en consultas de Medicina y de Enfermería.
3- En general todas las personas veían muy útiles éstas charlas porque aumentaban su motivación para cuidar más su salud.

7. OBSERVACIONES.
Las edades de los asistentes oscilaban entre 50-90 años, no observando entre ellos población de menor edad, con lo que para futuros Proyectos sería necesario involucrar a personas de menor edad e incluso jóvenes, con temas de interés a corto plazo para ellos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1227 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Nº de registro: 1227

Título
ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADA CON LA NUTRICION, EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Autores:
VITALLER SANCHO CONCHA, ARTIGA CASTEL ENCARNA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, PEREZ RAPELA ROSALIA, GUALLAR BAILO MARIA CRISTINA, GRASA CALDEVILLA SOFIA, ARBUES MORLANS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

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

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

PROBLEMA
Una constante que se repite en todos los Consejos de Salud del Centro de Salud de Parque Goya, es la demanda de Educación para la Salud a la Comunidad en general.
Un tema que preocupa mucho a la población es la mejora y mantenimiento de su salud relacionada con la nutrición y todos los factores que contribuyen a mejorar el Riesgo Cardiovascular.
Nuestra salud está influida por múltiples factores: sedentarismo, tabaco, estrés, la propia enfermedad; pero de todos ellos hay uno que influye de manera determinante en nuestra salud, como es la alimentación. Cómo nos alimentamos también influye en nuestra salud.
Alimentación y nutrición son dos conceptos muy relacionados pero distintos. Una persona puede estar bien alimentada y a la vez mal nutrida.
En esta actividad educativa pretendemos enseñar a la población a conseguir una alimentación sana y equilibrada, conocer la dieta mediterránea y los alimentos que la componen, fomentar la práctica del ejercicio y mejorar la higiene y manipulación de los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aprender a reconocer la diferencia entre alimentación y nutrición.
2. Enseñar qué alimentos debe incluir una alimentación variada y equilibrada
3. Mejorar la higiene y manipulación de los alimentos

MÉTODO
1. Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud de Junio 2018
2. Difusión del Proyecto en C.S. Parque Goya la primera semana de Septiembre 2018
3. Divulgación del Proyecto en las consultas médicas y de enfermería en septiembre 2018, tanto del Centro de Salud como en los barrios rurales y propuesta de participación a los pacientes en talleres formativos que se espera desarrollar
4. Realización de varios talleres formativos tanto en el Centro de Salud como en algún barrio rural, en los meses de octubre y noviembre

INDICADORES
1. Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos relativos a los objetivos que se proponen.
2. Personas que conozcan qué alimentos debe incluir una alimentación equilibrada/ Población asistente
3. Personas que conozcan la dieta Mediterránea/ Población asistente
4. Personas que conozcan las normas básicas para la manipulación de alimentos/ Población asistente

DURACIÓN
Preparación de material: Junio-julio 2018
Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud junio 2018
Difusión del Proyecto C.S. Parque Goya: primera semana de septiembre 2018
Divulgación del Proyecto a los pacientes para participar en los talleres previstos septiembre 2018
Realización de varios talleres formativos en el Centro de Salud y en varios barrios de la zona.
Trabajo de campo octubre – noviembre 2018
Memoria final y resultados del Proyecto diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1297

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO IIINSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA ISABEL AGUAROD SEDILES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
ASARTA PEÑUELAS DAVID
ARTIGA CASTEL ENCARNA
BECANA SANJUAN MARINA ELENA
PEREZ RAPELA ROSALIA
MAZA SOLANAS PILAR
VIEJO VIDAL BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunion de equipo para dar a conocer el proyecto y varias reuniones para valorar la evolucion del proyecto.
Tambien se ha realizado una sesion formativa para implicar al personal sanitario, y adquirir habilidades en la deteccion de hipoglucemias en el poblacion diana.
Al paciente se le ha formado verbalmente en la consulta sobre como detectar sintomas de Hipoglucemias y como actuar ante ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 70% de los pacientes incluidos en este proyecto han adquirido los conocimientos necesarios para detectar una hipoglucemia.
El personal sanitario implementa sistematicamente, en cada visita concertada, reforzar los conocimientos adquiridos en el control metabolico de estos pacientes DM2, en dicho control se trabaja de forma integral al paciente tanto para detectar hipoglucemias asi como manejar la dieta y el ejercicio y la administracion correcta de farmacos,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario mantener de forma constante un aprendizaje y reforzar las habilidades adquiridas en dicha formacion.
Solicitamos dar continuidad a este proyecto para evaluar a los pacientes incluidos,a largo plazo y poder darles la posibilidad de entrar en el programa de apoyo T-Coach para poder ver y evaluar los resultados conseguidos.
Ha quedado pendiente una encuesta final para evaluacion del aprendizaje adquirido y nos gustaria poderla implementar sistematicamente en la consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1297 ========== ***

Nº de registro: 1297

Título
MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, ASARTA PEÑUELAS DAVID, ARTIGA CASTEL ENACARNA, BECANA SANJUAN MARINA ELENA, PEREZ RAPELA ROSALIA, MAZA SOLANAS PILAR, VIEJO VIDAL BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1297

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO IIINSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

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

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida en la población y un estilo de vida más sedentaria ha hecho que la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II tratada con insulina vaya en aumento.
La media de edad de los pacientes diabéticos es elevada y en ocasiones su formación limitada lo que contribuye a no reconocer episodios de hipoglucemia que pueden ser objeto de consulta frecuente y provocar situaciones que requieran atención urgente.
Si bien con el paso de los años se han mejorado los diferentes tipos de insulina y por tanto se ha conseguido disminuir la frecuencia de episodios hipoglucémicos, el hecho es que sigue existiendo este riesgo que puede poner en peligro la vida del paciente.
Es importante por tanto reconocer los síntomas de la hipoglucemia por parte del paciente y también por parte de su familia más directa. Con una buena detección se conseguiría reducir la frecuencia de aparición de los episodios urgentes, mejorar el control de la enfermedad y mayor calidad de vida para el paciente y su familia.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer factores que pueden provocar episodios de hipoglucemia
Reconocer precozmente los síntomas de hipoglucemia
Saber actuar ante un episodio de hipoglucemia tanto por parte del paciente como por parte de su familia o cuidadores o convivientes cercanos.
Disminuir incidencia de episodios hipoglucémicos.

MÉTODO
Reunión de equipo para dar a conocer el proyecto y actividades a realizar, mejorando los conocimientos ya obtenidos de la detección y manejo de las hipoglucemias por parte del equipo sanitario.
Tras la selección de pacientes DM tipo II en tratamiento con Insulina, a dichos pacientes se les pasará una encuesta para evaluar sus conocimientos iniciales y se facilitará otra para sus familiares cercanos.
Formación de los pacientes tras conocer sus conocimientos ideales y dar por escrito las situaciones que pueden provocar hipoglucemias y la forma de actuación. Dicha formación se realizará de forma individualizada si el número de pacientes lo permite por parte del equipo de enfermería.

INDICADORES
Valorar la diferencia de los resultados sobre conocimientos de la hipoglucemia de la encuesta inicial frente a la encuesta que se realizará los 6m., que evaluará la mejora tras la implantación de este proyecto.
Evaluar incidencia de episodios hipoglucémicos en diabéticos en tratamiento con insulina en nuestro centro durante el proyecto respecto al año anterior.
Grado de satisfacción de los pacientes participantes y del personal médico que ha participado en el proyecto.

DURACIÓN
Junio 2018: Reunión de equipo y selección de pacientes durante este mes por parte del personal médico y enfermería.
Julio - Septiembre 2018: Realizar encuestas por parte del personal de enfermería.
Septiembre - Noviembre 2018: Formación de los pacientes por parte de enfermería en colaboración con el médico.
Diciembre 2018- Enero 2019: Iniciar reevaluación nuevos conocimientos adquiridos a partir de los 6m de la encuesta de inicio.
Febrero- Marzo 2019: Valorar resultados de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA ANDRES ESCOLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTA ISABEL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ PINA JOSE MARIA
GUTIERREZ LABORDA MARTA
BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL
TIRADO AZNAR MARTA
LATORRE DEL OLMO CONCEPCION
CANALES COLAS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Comenzamos este proyecto con una evalución de la situación actual del servicio de urgencias del Centro de Salud de Santa Isabel. Esta valoración incluía material instrumental, fármacos (control de caducidades de los mismos), personal, responsables....
A partir de aquí se planteó la formación de un grupo de trabajo (comisión)que definiera unos objetivos de mejora del servicio y una metodología para llegar a ellos.
Se elabora un cronograma de sesiones a la que deberían acudir los componentes de la comisión, esta comisión esta formada por personal médico, enfermeria, de pediatría y auxiliar de enfermería.

1ª REUNION : Es la de formación del grupo. Se desarrolla el 12 de Junio y en ella se plantea la cadencia de 2-3 sesiones mensuales, cuyo horario será de 13:30 a 15:00.

2ª REUNION: Se celebra el 19 de Junio. Primera valoración del servicio y en ella se observan:
*Deficiencias estructurales : de muy difícil solución, el espacio es pequeño y hay una total falta de ventilación.
*Deficiencias instrumentales: material obsoleto y en algunos casos falta de mantenimiento.Hay que pensar que los protocolos de actuación en urgencias van cambiando a lo largo de los años, y cuando abrieron este centro no exisitían ciertas necesidades en material, que ahora se han vuelto indispensables. Nuestro centro es un punto de atención continuada de Zaragoza, y es importante contar con material actualizado porque hay más posibilidades de situaciones de urgencia.
*Fármacos: la mayor deficiencia es la falta de ubicación, no definida y que falta algún fármaco preciso. Se definen aquellos que se consideran de emergencia y tienen que tener un acceso inmediato. Se elabora una lista de los fármacos que deben estar o no en la sala de urgencias.

3ª REUNION: Celebrada el 26 de Junio. Se inicia adaptación del cuarto de urgencias. Determinación del carro de curas para urgencias pediátricas. Al no contar con carro de paradas, se utilizan carros de curas para ello, uno para adultos y otro pediátrico. Se retira todo material o medicación que no figura en el Protocolo del Salud (Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del Centro de Salud del Sector I)

4ª REUNION: Se fija para el 4 de Julio.
Se localizan dos maletines, los que están en mejor estado, que se puedan adaptar al protocolo. Se deshechan otros por su mal estado o su poca funcionalidad.
Se coloca material preciso en ellos, elaborando un listado de su composición, fijando stock y dejando ese listado en el maletín.
En esta reunión se plantean dos nuevos problemas:
1. La poca operatividad del verano debido a las vacaciones y la carencia de personal.
2. Concurso de traslados, con el consiguiente cambio de personal que forma parte de esta comisión.

5ª REUNION: 19 de Septiembre
Se plantea la posibilidad de integrar algún nuevo miembro en la comisión que ha llegado nuevo al equipo con el concurso de traslados.
En próximas fechas se cambiarán etiquetado de fármacos y se colocará nuevos receptáculos para ello.
Se plantea ya un sistema de rueda para revisión del cuarto de urgencias, incluyendo a los miembros del equipo, aunque no formen parte de la comisión.

6ª REUNION: 25 de Octubre
Se ratifica la nueva comisión y se les pide sugerencias a los nuevos integrantes.
Se acuerda solicitar al SALUD el material que se ha considerado preciso por parte de la comisión.

7ª REUNION: 20 de Noviembre
Se plantea realizar talleres de reciclaje en urgencias a todos los compañeros del centro y periféricos.

En otro sentido de actividades, varios miembros de la comisión hemos acudido a los talleres impartidos por el SALUD de atención en urgencias extrahospitalarias, impartido por miembros del 061.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
+Concienciar al equipo de la necesidad y la importancia de un cuarto de urgencias actualizado y cuidado.
+Disponibilidad del equipo para el reciclaje en situaciones de urgencia.
+Poder usar un material adecuado a nuestras necesidades (esperamos cumplan con nuestras peticiones).
+Actualizar protocolos de urgencias y familiarizarnos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En situaciones de urgencias es primordial actualizarse y ensayar situaciones para saber como actuar. Planificar las intervenciones si se dieran esas situaciones. Da igual los años que llevemos en la profesión, la urgencia es una situación estresante e imprevisible, y lo tiene que enteder todo el equipo.El fallo de uno es el de todos, sino vamos en coordinación.Para ésta comisión es imprescindible la cooperación del equipo, y estamos satisfechos porque ha sido posible. Queremos y debemos, no perder el impulso que hemos tomado para seguir con el reciclaje, pidiendo ayuada a aquellos compañeros más familiarizados con la urgencia, como los del 061, u otros que se crea necesario cuando surgen dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1106 ========== ***

Nº de registro: 1106

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

Autores:
ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA, BOREA BENEDICTO MARIA SOLEDAD, HERNANDEZ PINA JOSE MARIA, BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL, SUPERVIA GARCIA RAFAEL, GOMEZ BLASCO BLAS, LATORRE DEL OLMO CONCHA, CANALES COLAS ANTONIO J

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA ISABEL

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

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

PROBLEMA
-DETECTADOS FALLOS SIN CONSECUENCIA ASISTENCIAL PERO SIGNIFICATIVOS EN MATERIAL Y EQUIPACION DEL SERVICIO
-COMO CONSECUENCIA DE CONCURSO DE TRASLADOS RECIENTE Y SITUACION DE JUBILACIONES, SE HAN PRODUCIDO RELEVOS NUMEROSOS DE PERSONAL.
-LA ATENCION EN URGENCIA ES UN PUNTO CLAVE ASISTENCIAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE A.P.
CONSECUENTEMENTE ES IMPORTANTE QUE ESTA SE PUEDA PRESTAR CON TODOS LOS MEDIOS Y SEGURIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
-ADECUACION DEL ESPACIO DE ASISTENCIA EN URGENCIA TANTO EN MATERIAL COMO EN CONOCIMIENTO DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO.
.ERRADICAR LOS ERRORES QUE SE PUEDAN PRODUCIR POR MAL CONTROL DE FARMACOS
-AUTOFORMACION INTERNA DEL CENTRO EN ESTE SERVICIO Y SOLICITUD DE APOYO FORMATIVO EXTERNO

MÉTODO
- 1º REVISION Y EVALUACION DE LOS PUNTOS DEBILES DEL SERVICIO
- 2º IMPLEMENTAR UN CALENDARIO DE REUNIONES PARA ABORDARLOS.
- 3º SOLICITUD DE APOYO DE FARMACIA DE A.P. DEL SECTOR
- 4º DESCRIPCION E INFORMACION FINAL AL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

INDICADORES
-PENDIENTES DE MARCAR LOS INDICADORES DE LOGROS, DE ACTIVIDAD, DE IMPACTO, DE PROCESOS Y DE RECURSOS.

-LA EVALUACION TENDRA COMO FIN MEDIR LA CONSECUCION FINAL DE LA MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

```
URGENCIAS DEL CENTRO.

DURACIÓN
-LA IDEA ES DESARROLLAR EL PROYECTO ENTRE LOS MESES DE JUNIO Y DICIEMBRE DE ESTE AÑO 2018
-PENDIENTE EL CRONOGRAMA DE REUNIONES, SE PODRA ADJUNTAR EN CORTO PLAZO DE TIEMPO

OBSERVACIONES
- EL GRUPO DE TRABAJO POR TRANVERSALIDAD DEL PROYECTO INVOLUCRA A PERSONAL DE ENFERMERIA, AUX.ENFERMERIA,
MEDICINA,MEDICINA DE URGENCIA Y PEDIATRIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NAVARRO MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUERAS ARA MARIA CARMEN
LLANOS CASADO MARGARITA
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR
ELVIRO BODOY TIRSO
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
BUENACASA LAFUENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los objetivos iniciales del proyecto se resumían en crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor, creando una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) que fuera accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud, así como clasificar los contenidos de la biblioteca.
Además de estos objetivos iniciales, se planteó en una primera reunión (primer semestre de 2018), nuevos objetivos y utilidades así como las características que definían nuestra biblioteca:
- Compartir de forma eficiente el acceso a la información científica, técnica y administrativa relacionada con la asistencia sanitaria.
- Promover la colaboración entre los miembros del equipo y otros departamentos para compartir conocimiento y recursos.
- Facilitar la distribución de comunicaciones generales y la actualización de protocolos de actuación.
- Comunicar y hacer circular la información relevante.
- Impulsar sinergias destinadas a mejorar la calidad de nuestro servicio.
- Manejar de forma autónoma el material disponible.
- Reducir papel y ser más ecológicos.
- Utilizar documentos modelo comunes de información al paciente/usuario.
- Mantener un único archivo de plantillas y modelos oficiales actualizado.

FASES DEL PROYECTO
– En primer lugar se creó, en la unidad U de la red del Centro de Salud una carpeta con el nombre: BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR y se aprovechó para reorganizar la carpeta raiz U que contenía diversos archivos del centro acumulados durante varios años y desorganizados.
– No todos los miembros del equipo tenían acceso a la unidad U por lo que se procedió, con la ayuda de Informática de sector1 a autorizar e incluir a todos los que formamos parte del C.S Villamayor
– Tras una primera reunión presencial, se creó un grupo de whatsapp para comunicarnos de la forma más rápida y eficiente posible. Es importante que los componentes del equipo tenemos diferentes horarios de trabajo y no siempre es posible coincidir. De esta forma se han aportado ideas, opiniones y documentos de forma rápida y sencilla. Ya no ha sido necesaria una segunda reunión presencial puesto que la comunicación "virtual" ha facilitado la puesta en común de los datos de forma continua.
– Se trasladó al resto del Equipo la posibilidad de acceder y aportar documentación, así como la forma de acceder a la Biblioteca Virtual de Villamayor.
– Se determinó ir incorporando archivos y documentos, que como condiciones básicas debían cumplir: estar actualizados y tener interés para el desarrollo de nuestro trabajo diario, tanto médico, enfermería como administrativo, para posteriormente ser clasificados y archivados por materias. En un primer momento el sistema de CLASIFICACIÓN fué crear carpetas y subcarpetas organizando los archivos por materias y especialidades.
– Una vez clasificados se optó por crear una segunda forma de organización de archivos, un archivo Excel, de forma que se pudiera ver algunos de esos archivos incorporados y, de cada uno de ellos, crear un enlace para, con un "click" tener acceso directo a ellos. De esta forma hemos podido además incluir enlaces web sin necesidad de sobrecargar la memoria de nuestra unidad (uno de los principales problemas que teníamos) y el acceso a los contenidos es mucho más visual, intuitivo y rápido. Esto ha supuesto una mejora y ampliación de los objetivos iniciales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
– Se ha creado una carpeta virtual en la unidad U de Villamayor y se ha facilitado el acceso a todos los miembros del equipo. Para ello hemos precisado la ayuda de informática del Sector (Enrique) que ha ido autorizando el acceso a los usuarios. Actualmente todos los usuarios tiene nivel de acceso y modificación de archivos.
– Tras crear la Unidad compartida se fueron introduciendo por todos los miembros, progresivamente los archivos clasificados por materias y especialidades. De esta forma hay material específico de Medicina,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Enfermeria y también administrativo que puede ser útil tanto para las consultas diarias como para las tareas administrativas del centro. Las materias se han clasificado en 8 carpetas principales: (archivos del correo de Villamayor, Biblioteca Médica, con 27 subcarpetas por especialidades y materias, Extracciones y pruebas de laboratorio, Legislación, Manuales de uso del OMI, Permisos, Plantillas, Solicitudes e instancias. En el archivo Excel se han incorporado alrededor de 60 enlaces a manuales, protocolos, páginas de apoyo a la asistencia y enlaces web útiles de ayuda al profesional, tanto sanitario como administrativo.
- Se aprovechó la creación de la Biblioteca para organizar la Unidad U, que en un primer momento presentaba numerosas carpetas sin ordenar ni clasificar. Ha supuesto una mejora en cuanto al orden de los archivos del Centro.
- Se ha modificado y actualizado un único archivo de plantillas y modelos oficiales, que con el tiempo se irá completando.
- Hemos creado una biblioteca de acceso sencillo, rápido y cómodo, útil para todo el servicio.

- MÉTODO DE OBTENCIÓN de documentos: aportados por los miembros del Equipo de Primaria de villamayor, MAC, EAC así como miembros que colaboran de otros departamentos del Sector 1 (administrativos, MAC/EAC eventuales), matrona.
Las FUENTES han sido obtenidas a través de páginas web médicas e institucionales en las que se pueden descargar los diferentes archivos, manuales, documentos, plantillas y recursos médicos propios del Servicio Aragonés de Salud. Se han copiado además algunos de esos enlaces para poder acceder directamente a ellos a traves del Excel que creamos en una segunda fase.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas: Era fundamental implantar un método de clasificación para que la información sea fácil de localizar, ya que el volumen que puede generarse dificulta la unidad de criterios de búsqueda. Antes de la incorporación de la información, es necesario unificar estos criterios y compartir la información para poner en común y determinar la más útil entre las existentes. Se aprende también a depender menos los unos de los otros y a ser más autónomos ante una necesidad. Colaborando personal administrativo y sanitario fomentamos la unidad del equipo, somos más útiles, generamos buen ambiente y aportamos creatividad a nuestras rutinas.
Recomendaciones: importancia de la revisión periódica y de la implicación del equipo para generar sinergias que mejoren la calidad del servicio. Ver en los cambios oportunidades de mejora y no un trabajo extra. Fomentar el trabajo colaborativo y emprendedor buscando resultados útiles para todos, que hagan más cómodo y menos rutinario el trabajo. Reconocer la labor de quienes se implican como ejemplo a seguir en el equipo. Celebrar cada pequeño logro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/31 ========== ***

Nº de registro: 0031

Título
CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR

Autores:
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, FIGUERAS ARA MARIA CARMEN, LLANOS CASADO MARGARITA, LACAMBRA DEITO MARIA PILAR, ELVIRO BODOY TIRSO, GONZALEZ GRACIA LUISA, BUENACASA LAFUENTE CARMEN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: formacion/archivo-clasificación-ordenacion de documentos y archivos
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La formación continuada del profesional es fundamental para un correcto desarrollo de nuestra profesión. Para ello recurrimos a la realización de cursos, sesiones clínicas del centro y por supuesto al estudio, reciclaje y lectura personal continua para estar al día. Los cambios tecnológicos de los últimos años suponen una oportunidad para ello y permiten que podamos consultar directamente en nuestro ordenador, tablet o incluso en el móvil en cualquier momento. En el desarrollo de la consulta diaria también podemos acceder gracias a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

generalización de internet en las consultas de Atención Primaria. Para aprovechar al máximo todos los recursos de los que disponemos hemos de tener el material ordenado, clasificado y guardado, de la misma forma que estaría en una biblioteca física.

RESULTADOS ESPERADOS
o Crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor
o Creación de una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud.
o Asegurar que todos los miembros del equipo tenemos acceso a ella. Si algún miembro no lo tuviera, solicitarlo al personal de Informática del sector. Asegurar también que los miembros podemos incluir archivos.
o Creación de varias subcarpetas para clasificar los contenidos de la biblioteca según los criterios que establezcamos más pertinentes.

MÉTODO
o Realizar una primera sesión presencial para analizar las clasificaciones más adecuadas para organizar por materias (especialidades) y por tipos (libros, guías de práctica clínica, archivo fotográfico, sesiones clínicas, protocolos) o por criterios de utilidad para medicina o enfermería los archivos de la biblioteca que vamos a crear.
o Establecer los requisitos que debe cumplir dicho material para ser incluido o no en la biblioteca, con el fin de que sean recursos realmente útiles, fiables y con evidencia científica demostrada.
o Aportación por parte de los miembros del equipo de libros en formato electrónico, pdf, presentaciones, fotografías, recursos web y material susceptible de ser incluido en la biblioteca. A partir de su creación, la ampliación de la biblioteca la realizaremos de forma continua. Habrá una o varias personas responsables del control y mejora de la misma.
- Realizar una segunda sesión para valorar la puesta en marcha del proyecto y añadir mejoras a realizar.

INDICADORES
? Puesta en común y encuesta a los miembros del equipo sobre la utilidad y empleo de los recursos de la biblioteca
? Registro nominal y numérico de los archivos añadidos a la biblioteca de forma anual
? Indice de los contenidos de la biblioteca para facilitar su localización
? Registro con sugerencias de material/archivos a incluir
? Reuniones periódicas del grupo de mejora

DURACIÓN
o Primera reunión en primer trimestre de 2018 para definir criterios, distribuir tareas y crear la biblioteca.
o Solucionar problemas informáticos en cuanto a problemas de acceso a la unidad de red U de Villamayor por parte de todos los miembros del equipo.
o Segunda reunión antes de junio de 2018 para valorar puesta en marcha, inclusión de archivos y establecer mejoras
o A final de 2018 deberá estar establecida y funcional la Biblioteca Virtual del Centro de Salud de Villamayor.

OBSERVACIONES
: Se trata de un proyecto abierto, susceptible de, una vez creado y puesto en marcha ampliar con nuevas inclusiones a parte de material de biblioteca, como pueden ser turnos de trabajo, organización del centro o cualquier cuestión que ayude al acceso de todos a la información para mejorar el funcionamiento del equipo

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN MARTIN VICTORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE
ARTIGAS SALVADOR PILAR
MARTINEZ MUÑOZ PILAR
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
GUILLEN LABORDA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC. FECHA MARZO 2018
2.- Formación del equipo de mejora y primera reunión para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC. Se decidieron revisar los siguientes episodios de OMI: EPOC, Disnea, Insuficiencia respiratoria, Bronquitis crónica, Enfisema, Reagudización EPOC y bronquiectasias. ABRIL 2018
3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI y separados por cupos. ABRIL 2018
4.- Revisión de las historias clínicas que aparecían en los listados por parte de médicos y enfermeras durante todo el año 2018.
5- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos a lo largo de todo el año 2018 en consulta de medicina y de enfermería.
6.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisó Historia clínica para confirmar el diagnóstico y, si no había espirometría, se solicitó espirometría. (o bien de forma oportunista o llamándoles por teléfono), con posterior asignación del diagnóstico EPOC, si cumplía criterio espirométrico. Esto se ha hecho durante todo el año 2018.
7.- A los pacientes que cumplían criterio de EPOC, se realizó una revisión en consulta médica de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados. También se realizó detección de tabaquismo y consejo sobre abandono de dicho hábito.
7.- En consulta de enfermería, se realizaron las actividades del plan de enfermería, una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria y refuerzo del consejo antitabaco y VAG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS QUE SE ESPERABA CONSEGUIR
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral.
Aumentar el porcentaje de diagnóstico de EPOC
Conseguir una mejor adecuación del tratamiento
Conseguir un correcto seguimiento del paciente con EPOC por parte de enfermería
Implicar a todos los profesionales: sanitarios y no sanitarios en el proceso

INDICADORES MEDIDOS
Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 8 de los cuales 3 son médicos, 3 enfermeras y 2 administrativos
Número de pacientes seleccionados en los listados 3073
Número de pacientes EPOC diagnosticados en el listado inicial 583 y a final de 2018 606
Número de espirometrías solicitadas 426
Número de tratamientos revisados 203
Número de tratamientos corticoideos retirados 6
Numero de pacientes revisados en la consulta de enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador 207

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LECCIONES APRENDIDAS(*) Se trata de un proyecto muy amplio y exigente en el que habrá que continuar trabajando los próximos años, y con objetivos muy ambiciosos, puesto que, a pesar de muchas de las actividades a realizar están incluidas en la cartera de servicios, la diferencia entre los datos teóricos y los obtenidos siguen siendo amplia.
Por otro lado, circunstancias concretas del equipo, como han sido las debidas a un cambio en un gran número de profesionales, por jubilaciones o por traslados, ha hecho que haya habido una discontinuidad en el trabajo realizado.
También, aunque no era el objetivo principal, se han objetivado gran cantidad de pacientes con EPOC que son fumadores activos. Consideramos que aprovechar esta consulta para realizar, de forma oportunista, una intervención breve o intensiva, puede ser un momento muy oportuno y más con el refuerzo de los resultados de una espirometría patológica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Hemos aprovechado también esta intervención en EPOC para volver a recomendar la VAG, sobre todo en los menores de 65 años.
El número de cambios de tratamiento realizados, sobre todo en lo referente a la retirada de corticoides inhalados, no nos parece muy alto y consideramos que habrá que continuar trabajando en ese aspecto.
La revisión de la técnica inhalatoria, que hemos cuantificado como actividad realizada, pero sin medir cuantos de los pacientes se podía considerar que usaran adecuadamente los inhaladores, ha resultado muy gratificante tanto para el paciente como para los profesionales. Y nos ha permitido detectar las dificultades concretas de cada paciente con el inhalador prescrito. En algunas ocasiones, valorando el cambio del dispositivo de inhalación o incluso recomendando la utilización de cámaras.
A destacar, aunque es un hecho conocido, el incalculable valor de la consulta de enfermería, con más minutos y en un ambiente más relajado que la consulta médica, en el control del paciente crónico respiratorio.
Por último, en el proyecto han intervenido dos administrativos del centro de salud, realizado las tareas administrativas de recopilación de datos y también llamando por teléfono a los pacientes detectados en los listados. Demostrando la importancia y efectividad de trabajar en equipo los sanitarios y los no sanitarios, auténtica “puerta del sistema”.

7. OBSERVACIONES.
Es un proyecto amplio, fácilmente reproductible, que se puede continuar realizando los próximos años

*** ========== Resumen del proyecto 2018/959 ========== ***

Nº de registro: 0959

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, ASIN MARTIN VICTORIA, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE, ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, GUILLEN LABORDA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

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

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

PROBLEMA
La prevalencia de EPOC en la población general, según el estudio EPIscAn es del 10%. Esta cifra contrasta con la que hemos detectado en nuestro CS que es de aproximadamente 3%. Las causas de esta discordancia parecen estar en parte en el infradiagnóstico pero también en el registro erróneo en OMI. Por otro lado, las nuevas guías de tratamiento de la enfermedad, establecen, en dependencia del fenotipo, la conveniencia de uno u otro tipo de tratamiento inhalador y también insisten en la importancia de una técnica correcta en el uso de éstos.
Nuestro proyecto pretende en primer lugar, mejorar el diagnóstico de EPOC en nuestra zona. En un segundo lugar, revisar la adecuación del tratamiento establecido y la correcta utilización de los inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral, aumentando el porcentaje de diagnóstico.
Mejorar el manejo del tratamiento de los pacientes con EPOC
Aumentar la implicación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el proceso

MÉTODO
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, en el que intervienen médicos, enfermeras y administrativos. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Se desarrollarán las siguientes actividades:

1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC
2.- Reunión con el equipo de mejora para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC
3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI separados por cupos
4- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos.
5.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisará la Historia clínica, ante la duda se solicitará espirometría., con posterior asignación del diagnóstico EPOC. Si es necesario, se les llamará por teléfono para gestionar una cita en consulta médica.
6.-En los diagnosticados de EPOC, se realizará una revisión de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados.
7.- En consulta de enfermería, se realizarán las actividades del plan de enfermería incluido en cartera de servicios y se hará una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria.

INDICADORES
En el seguimiento se harán dos cortes: uno a final de agosto y otro afinal de diciembre en los que se medirá

Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
Número de pacientes localizados en los listados
Número de pacientes EPOC diagnosticados en cada corte
Número de espirometrías realizadas
Número de tratamientos revisados
Número de tratamientos corticoideos retirados
Número de pacientes revisados por enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador.

DURACIÓN
:

Sesión clínica marzo 2018
Reunión del equipo de mejora y selección de diagnósticos: junio 2018
Obtención de los listados de pacientes en junio de 2018.
Actividades descritas en captación activa de junio a septiembre 2018
Actividades de captación oportunista a lo largo de todo el año 2018
Primer corte : septiembre de 2018 y reunión del equipo de mejora
2º corte y evaluación de actividades: diciembre de 2018
Sesión clínica con exposicCronogramaión al EAP del proceso revisado: enero 2019

Duración: el año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1025

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FORCEN BELTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
ARTIGAS SALVADOR PILAR
DIESTE MARCIAL MARIANO
PEÑA PORTA MARTA
MACHIN VALTUEÑA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se prepara una reunión de equipo en el centro de salud para presentar el proyecto y pedir la colaboración de los profesionales.
- Acudimos al colegio para establecer comunicación con el equipo directivo del CEIP San Braulio, y tras ver su disposición a colaborar, se entregan las autorizaciones para poder realizar el proyecto.
- En diciembre de 2018 se realiza la clase teórica, en la que participaron la totalidad de los alumnos de 6º de primaria. Previamente, se les entregó una encuesta para valorar el nivel de conocimientos en esta materia.
- Reunión del equipo para preparar la clase práctica y organizar el trabajo en el centro de salud. Al realizarse el taller en horario de máxima actividad en el centro, se tuvieron que formar grupos suficientes tanto para dar una correcta clase práctica a los niños como para no dejar el centro sin los profesionales suficientes para su normal funcionamiento.
- Taller práctico utilizando para ello 2 torsos de adulto y 2 de lactante. -Finalmente se les entregó la misma encuesta para evaluar las habilidades y conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos planteados se se han conseguido con éxito. Se pudo comprobar que una vez realizada la clase teórica y el taller de RCP y primeros auxilios, los conocimientos adquiridos por los participante (alumnos de 6º de primaria del CEIP San Braulio) aumentaron de forma considerable.
Se resolvieron dudas y se les animó a actuar ante situaciones de urgencia.
Se entregaron encuestas basadas en el Consejo Europeo de Resucitación. En ellas podemos ver que, ante preguntas básicas de primeros auxilios, sus conocimientos objetivos, antes de realizar el taller, muestran un nivel de 5.06/10. Y tras la realización de los talleres teórico-prácticos su nivel alcanza una puntuación de 9/10.
Además hemos conseguido establecer un contacto con la dirección del colegio que se muestra muy satisfecha con esta actividad y abierta tanto a repetirla como a realizar nuevas. Objetivo final de nuestro proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento y satisfecho con el trabajo realizado. Nos ha resultado muy gratificante trabajar con niños de nuestra comunidad. El único inconveniente que tuvimos, fue la dificultad para conseguir los torsos para realizar el taller práctico.
Las encuestas entregadas a los alumnos también nos sirven a los miembros de equipo, para analizar en qué aspectos hemos de incidir e insistir en la realización de futuras actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1025 ========== ***

Nº de registro: 1025

Título
¡VOLVEMOS AL COLE!. TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICA

Autores:
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE, ALVAREZ ARTAL JUAN, GONZALVO SANTA EULALIA CARMEN, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA, DIESTE MARCIAL MARIANO, PEÑA PORTA MARTA, MACHIN VALTUEÑA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1025

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA

Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: eps
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde el centro de salud Picarral queremos establecer un contacto con los centros de educación infantil y primaria de la zona básica de salud que facilite la comunicación y colaboración para sentar las bases de futuros proyectos comunitarios que contribuyan a adquirir habilidades,hábitos o conductas.La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes que requieren actuaciones basadas en estos conocimientos.
En estos centros de educación se registran un elevado nº de personas implicadas: alumnos, maestros y padres. Es la única institución que acoge a la totalidad de la población infantil hasta los 12 años y tiene la ventaja que llega siempre a todos los integrantes de la comunidad. Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa,social y sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Aportar información sanitaria, aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones de RCP Básica.
Objetivos específicos:
-Ayudar a resolver dudas y evitar miedos en situaciones complicadas
-Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área

MÉTODO
1ª intervención: se realizará una reunión de equipo explicando nuestro programa, aceptando sugerencias e intentando que todo el centro participe.
2ª intervención: contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros escolares y posterior solicitud de autorización al consejo escolar.
3ª intervención: en cada centro escolar se realizará un taller teórico con material multimedia y posteriormente un taller práctico.
$ª intervención: encuesta de valoración.

INDICADORES
. Núm de profesionales que asisten a la sesión clinica
. Núm de profesionales que participan en el programa formativo
.Núm de colegios de la zona básica de salud en los que se imparte la formación
.Núm de asistentes en los colegios.
.Resultados de la encuesta de satisfacción realizada en los centros donde se imparte la formación.

DURACIÓN
.Septiembre 2018, sesion clinica en el centro de salud
.septiembre 2018, reunión del equipo que va a impartir la formación para repartir las tareas y detallar los contenidos
. Septiembre -octubre 2018, contactar con los colegios a traves del consejo escolar y decidir fechas .
.Entre sept y diciembre de 2018, impartir el programa formativo
. Entre septiembre y diciembre de 2018, realización de las encuestas de satisfacción entre los asistentes a la charla en los colegios.
. Diciembre de 2018, elaboración de los datos para la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES
La idea es implantarlo como una actividad a realizar anualmente en los colegios incluso extenderla a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1384

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BARANDA VILLARROYA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTIGAS SALVADOR PILAR
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN
ALIJARDE MAÑEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro C.S. Picarral existe un grupo de personas que caminan y hacen ejercicio una vez por semana, se trata de un grupo consolidado, y de referencia para el barrio., formado por nuestros pacientes diabéticos, hipertensos, con problemas cardiovasculares, y todos aquellos que precisan del grupo para relacionarse.
En esta ocasión se añadió la iniciativa de un grupo de estudiantes de primero de ESO, liderado por sus profesoras Nuria Carramiñana y Eva Arizcuren, de unirse al grupo y realizar durante la ruta ejercicios de educación física para revitalizar y mejorar la actividad física de nuestros pacientes.
Para lograr esta actividad se desarrollo un código QR que se colocó en diferentes establecimientos colaboradores del barrio. De esta forma nos integramos en "el barrio" de una forma permanente.
Realizamos ejercicios de educación física, adaptados a las necesidades de nuestros pacientes, en la ruta hacia Parque de Goya, liderados y corregidos por los estudiantes, siempre tutorizados por sus profesoras,con el apoyo de un profesional de nuestro C.S.
También se realizaron dos actividades culturales. En enero visitamos el Teatro Principal y en marzo la Biblioteca del Palacio de Sástago. Todos los asistentes disfrutaron de algo diferente, la mayoría nunca había realizado actividades culturales de este tipo. Estas se realizaron por la tarde, fuera del horario profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aumento de la actividad física del grupo.
Mayor incremento de las capacidades sociales, a través de su relación con los jóvenes del barrio.
Aprendieron y descubrieron lugares importantes de su ciudad.
La media de los asistentes fue de 20 pacientes, a los cuales les pasamos una encuesta de satisfacción con dos preguntas
¿Te ha gustado esta participación de los jovenes en nuestras caminatas? si/no
¿Volverías a realizar esta actividad? si/no
¿Recomendarías a otras personas esta actividad ? SI/NO
¿Por Qué?
Aumento de la implicación de nuestro C.S. en actividades de salud comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La concienzación en el equipo de Atención Primaria, de la importacia de la actividad física para la mejora de la salud y el aumento de la relaciones sociales en el barrio, lo cual eleva la autoestima de los pacientes, se consideran útiles y necesarios.
Es imprescindible la colaboración del barrio para realizar actividades que sean gratificantes para nuestros pacientes, y de este modo sientan la necesidad de mejorar su salud.
En el C.S, se realizaron dos reuniones, una con parte del equipo coordinadora médica y de enfermería y los participantes en el paseo saludable y adaptado, y las profesoras y chicos del IES PIcarral que participaban en este proyecto.
Más tarde se presento el video que realizaron las profesoras, titulado "Tejiendo lazos". Donde se apreciaba el esfuerzo realizado por los jóvenes y la participación intensa de nuestros pacientes.
El proyecto, también fue recogido por el Colegio de Enfermería reseñando, la importancia de este hecho, como proyecto novedoso de colaboración entre Nuestro Centro de Salud y chicos del IES PIcarral.
También hubo una mención especial y reconocimiento a los jóvenes participantes, en el Centro Cívico Estación del Norte, por parte de de la Asociación de Vecinos Picarral y nuestro Centro de Salud.

No podremos continuar continuar con la colaboración de los jóvenes de primero de ESO, porque ellos finalizaron el proyecto, pero mantendremos los ejercicios de mejora para la salud, con los códigos QR ya establecidos, y el libro de ejercicios adaptados elaborado para nuestros pacientes, por los chicos de primero de ESO

7. OBSERVACIONES.
La interrelación grupal mejoró, así como su estado emocional al relacionarse con jóvenes del barrio durante el paseo.
Y en nuestro Centro de Salud hemos conseguido una mayor participación de profesionales y aumento en actividades comunitarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1384

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1384 ========== ***

Nº de registro: 1384

Título
EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

Autores:
BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, NAVARRO MARTINEZ DOLORES, GUILLEN LABORDA ARANZAZU, OLLOBARREN HUARTE EMILIA, MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Hipertensión, afecciones cardiacas con recomendación de ejercicio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Siendo nuestro grupo de referencia y objetivo, nuestros pacientes diabéticos hipertensos y con problemas cardiacos. Detectamos la necesidad de ampliar con ejercicios de gimnasia, en ocasiones pautados por médicos especialistas, su actividad diaria para mejorar su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Queremos conseguir a través del ejercicio una mejora de la salud, añadiendo un plus, compartir esta actividad de ejercicios de gimnasia con chavales del barrio, de primero de La ESO
Consiguiendo de este modo una relación con jóvenes del barrio, que lleva a un enriquecimiento de las relaciones interpersonales.
Población diana: Diabéticos, hipertensos, patología cardiaca con recomendación de ejercicio, y pacientes que necesiten relacionarse.

MÉTODO
Realización de una ruta de caminata con diferentes paradas para, para hacer los ejercicios de gimnasia adaptados a las necesidades del grupo y previamente diseñados, por los estudiantes de primero de La ESO del IES Picarral, mediante la visualización de los ejercicios por medio de un código QR, colocado en diferentes establecimientos del barrio, colaboradores con el proyecto.

INDICADORES
Realizamos una encuesta de satisfacción al comienzo y finalización de la temporada.

DURACIÓN
Comienzo 8 de mayo 20187 finalización 30 de mayo 2019

Responsable de la implantación Mª Pilar Baranda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0301

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA DIAZ FLE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRALON ORTEGA CRISTINA
BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Mayo 2018)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo 2018)
Para realizar estas actividades empleamos el listado que nos proporcionó la farmacia del sector.
3. Trabajo de campo con los pacientes. Valoración de los pacientes aptos para cambiar a ACOD. (Junio - Septiembre 2018)
4. Sesión clínica en el EAP (junio 2018)
5. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (junio 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango: TOTAL DE PACIETES CON ANTIVITAMINA K 26, PACIENTES FUERA DE RANGO>60% 8 = 30.76%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD: TOTAL DE PACIENTES CON ANTIVITAMINA K : 26 PACIENTES CAMBIADOS A ACOD: 5 = 19.23%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales: TOTAL PACIENTES ANTICOAGULADOS: 32 TOTAL PACIENTES CON ACOD: 6 = 18.75%
- número de pacientes o cuidadores que asisten a la charla formativa: 4
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados : 0
- nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados: 0
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados: 1
Para registrar estos datos utilizamos un listado manual donde ibamos apuntando incidencias además de apuntarlo en el programa de OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha parecido de mucho interés y gratificante el mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sido aptos para el cambio a ACOD, observando su mejora tanto en la adhesión al tratamiento como en la probabilidad de sufrir un episodio trombótico o hemorrágico debido al mal control de INR.

7. OBSERVACIONES.
Nos ha resultado díficil sacar del programa de TAO el recuento tando de los episodios trombóticos como hemorrágicos, ya que si no hubiesemos tenido un registro manual, no hubiesemos podido sacar los datos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/301 ========== ***

Nº de registro: 0301

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Autores:
DIAZ FLE MARTA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0301

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Vemos la necesidad dentro de nuestra comunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que están en tratamiento con antivitamina K, ya que con los nuevos anticoagulantes orales mejora tanto la calidad de vida del paciete como la seguridad clínica, y aunque no precisen de monitorización es preciso que no se relaje su seguimiento, que debe seguir realizandose de forma continuada en el consutorio con el personal de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad de vida de los pacientes
Mejora de la adhesión al tratamiento
Mejora de la seguridad clínica
Reducir los episodios hemorrágicos y trombóticos debido a un mal control del INR

MÉTODO
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2.Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacietes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

INDICADORES
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD.
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
- nº de pacientes o cuidadores que asisten a la reunión formativa
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- nº de hemorragias leves registradas en pacietnes tratados
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2.Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacietes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0444

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA

Fecha de entrada: 26/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PEIRONA BARBARA
SOLER COCHI PILAR
LOPEZ PEIRONA NEREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Identificación de pacientes con episodios de úlceras: Mayo 2018
Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales : Mayo 2018
Revisión del tápiz del paciente cerrando episodios ya resueltos : Junio- Septiembre 2018
Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto : 22 Mayo 2018
Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste: Junio- Septiembre 2018
Actividad formativa con el equipo de enfermería de Centro de Salud pra recordar el correcto registro del protocolo : 22 Mayo 2018
Evalucación resultados : Enero- Febrero 2019
RECURSOS UTILIZADOS: A través de Dirección de enfermería se nos proporcionó un listado con los pacientes del Centro de Salud que tenían un episodio abierto de úlceras (S97)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes con úlceras de extremidad inferior. Total de pacientes con episodio abierto de úlceras/ pacientes con úlceras de extremidad inferior: 21.92%
% de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales: Total de pacientes con úlceras de extremidad inferior/ pacientes con protocolo abierto en cartera de servicios: 24%
% de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos: 77.19%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este proyecto de calidad nos hemos dado cuenta de la cantidad de episodios abiertos que había con úlceras ya resueltas, que no habíamos cerrado, nos ha servido para concienciarnos del hecho que tenemos que cerrar episodios una vez resueltos y así mejorar la calidad de registro en OMI tanto al cerrar episodios como al registrar de forma correcta en planes personales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/444 ========== ***

Nº de registro: 0444

Título
MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S.ZUERA

Autores:
GARRALON ORTEGA CRISTINA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, SOLER COCHI PILAR, LOPEZ PEIRONA NEREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0444

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA

Vemos la necesidad dentro de planes personales de aprovechar mejor el protocolo de úlceras (S97) ya que, aunque son bastantes los pacientes que tienen esta patología, en pocos está creado este protocolo en los planes personales, siendonos de mucha utilidad registrar desde aquí las modificaciones en las características de las úlceras y su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora de los recursos que nos ofrece OMI
2. Mejora del registro del protocolo de úlceras
3. Mejora de la concordancia de la patología actual del paciente y su tapiz.

MÉTODO
- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

INDICADORES
- % de pacientes con úlceras
- % de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales
- % de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos
- Continuidad del registro en el protocolo

DURACIÓN
- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GALINDO CHICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMIREZ ALESON VICTORIA
CANALES CORTES VICENTE
ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS
BARTOLOME MORENO CRUZ
CASCANTE MARTINEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cronograma de implantación:

• Con la colaboración de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Sector I, se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo de la patología de rodilla así como lumbar y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector. Se editan sendos documentos con deposito legal Z-741-2018 y Z-744-2018, respectivamente.
• El grupo de trabajo responsable realizó la última revisión del documento “Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la patología de rodilla” en junio de 2018, como así consta en el mismo. En junio de 2018 también se revisó, y así consta, el “Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia”. En el mismo mes se incorporó la revisión al documento que recoge el “Protocolo de consenso entre AP y Hospitalaria en el manejo del hombro doloroso”.

2. Plan de comunicación:

• Todos los documentos y sus algoritmos se publican en la Intranet del Sector I para su consulta.
• En el 2º semestre del año 2018, se realizan 3 ediciones en formato de sesión clínica acreditada para todos los profesionales del Sector y que se impartieron en los CS La Jota, Picarral y Parque Goya.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
3. Evaluación de resultados:

• Se han editado y revisado los protocolos de actuación previstos.
• La difusión e implantación del protocolo a lo largo de 2018 ha sido la adecuada para documentos de estas características. En 2019 se prevén 3 ediciones más en formato de sesión clínica acreditada en distintos centros de salud.
• En 2018 no se pudo implementar la interconsulta virtual con las especialidades implicadas, salvo reumatología que si se implantó. En el primer trimestre de 2019 está previsto incorporar la especialidad de Rehabilitación y la Unidad Musculoesquelética a la interconsulta virtual con AP.
• OMI-AP: Solicitud de RMN desde AP en 2018= 2.114/Solicitud RMN desde AP en 2017= 1.867. > 1. Se observa una disminución de las RMN de hombro, protocolo desarrollado en 2017. La difusión de los protocolos de rodilla y lumbar se realizó en el último trimestre del año 2018.
• El indicador hospitalario nos ha sido imposible volcar a fecha de elaboración de esta memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
4. Impacto del Proyecto:

Se ha trabajado en sendos documentos para el manejo de estas patologías consensuado por AP/Hospitalaria y en base a las recomendaciones recogidas en las últimas guías médicas. Para ello, se ha contado con la inestimable ayuda de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Sector I y de sus residentes.

Se ha implementado en la intranet del Sector, así como editado con depósito legal cada una de las guías elaboradas.

La difusión en formato de sesión clínica acreditada se llevó a cabo en el último trimestre del año en tres centros de salud. Están cerradas otras tres ediciones para el año 2019, por lo que algunos de los objetivos planteados a cierre de 2018 pensamos que tendrán un comportamiento mejor en el año 2019.

Este proyecto ha servido para que desde el Sº de Rehabilitación se impulse la puesta en funcionamiento de la interconsulta virtual RHB/UME con Atención Primaria a partir de 2019.

7. OBSERVACIONES.
A pesar de dar por finalizado el proyecto, en el año 2019 se mantendrá la monitorización de los indicadores marcados y se pondrá especial interés en la mejora de resultados.

Los documentos y guías elaboradas se encuentran en la Intranet del Sector y pueden ser de utilidad para otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

sectores sanitarios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/47 ========== ***

Nº de registro: 0047

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, RAMIREZ ALESON VICTORIA, CANALES CORTES VICENTE, ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

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

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

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad. Los criterios de actuación ante las diversas patologias no son uniformes, así como los circuitos asistenciales.
Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.
Existe una falta de consenso e idoneidad en la solicitud de algunas pruebas complementarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar entre AP y Hospitalaria un protocolo de actuación para la mejora en el manejo de pacientes con patología osteomuscular definiendo circuitos asistenciales para los distintos pacientes.
Implementar en todos los centros de salud la interconsulta virtual con Reumatología, Rehabilitación, Traumatología y UME.
Disminuir el tiempo de resolución de las patología consultadas.
Disminución en la solicitud de algunas pruebas de imagen como la RMN, así como evitar duplicidades en las peticiones.
En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO
Grupo de trabajo multidisciplinar que en reuniones periódicas revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias.
Presentación y difusión en forma de sesiones clínicas de los circuitos y protocolos de actuación a los facultativos de AP, fisioterapeutas de AP y especialistas hospitalarios comprometidos.
Se pilotará en un centro de salud una consulta monográfica de infiltraciones.

INDICADORES
- Establecer protocolo y revisión del mismo....SI
- Difusión en formato de sesiones clínicas.....SI
- Implementación IV.....100% de los CS
- Demoras en C. externas de Traumatología, Rehabilitación, UME, Reumatología y Fisioterapia de AP 2018/2017 < 1
- Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares 2018/2017 < 1
- Consulta monográfica infiltraciones.....Al menos en 1 CS

DURACIÓN
Febrero 2018: Revisión protocolos de actuación y circuitos asistenciales.
Marzo-Abril 2018: Difusión del protocolo de actuación.
Marzo 2018: Implementación IV

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

```
Junio 2018: Evaluación
Septiembre 2018: Evaluación
Diciembre 2018-Enero 2019: Evaluación y cierre


OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA MENDI METOLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO CHICO MIGUEL
PABLO JULVEZ LUIS
GARUZ BELLIDO ROBERTO
GALVE ROYO EUGENIO
SISAMON MARCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cronograma de implantación:

• Se mantuvieron dos reuniones con el Sº de Oftalmología HRV/HNSG del que es responsable el Dr. Luis Pablo Julve, Jefe de Servicio de Oftalmología del HUMS. El 10 de abril de 2018 fue la primera y la segunda el 5 de junio del mismo año. Se analizaron datos de interconsultas desde AP con especial interés en las derivaciones con diagnóstico de "disminución de agudeza visual", llamando la atención que suponían más del 30% de las interconsultas generadas desde A.P. Esto sumado a la excesiva demora en consultas externas de oftalmología, nos llevó a plantear la conveniencia de crear una consulta de agudeza visual atendida por un optometrista en el CME Grande Covián con el objetivo de ser resolutivo.
• Asimismo, la Dra. Pilar Calvo (oftalmóloga de referencia para lectura de retinografias del Sector I) mantuvo dos reuniones con los tres lectores de atención primaria a lo largo del primer semestre de 2018 y donde se consensuaron criterios de actuación, circuitos de derivación y mejoras en la lectura del fondo de ojo.
• Se implantó la digitalización de las imágenes de fondo de ojo a través de la plataforma Dicom. Dichas pruebas ya quedaban registradas en HCE.
• Se establecieron agendas propias para cada uno de los lectores en AP, dándoles el formato de agendas monográficas.
• Se incrementan los huecos de agenda de la retinografista para alcanzar las 90 retinografias a la semana.
• En diciembre de 2018 se inició el programa de cribado de retinopatía diabética en el Sector I para la población de Actur Oeste y A. Sur. Está prevista la incorporación paulatina de más centros de salud del Sector I a lo largo del año 2019 .

2. Plan de comunicación:

• En los centros de salud donde se ha implantado el cribado de Retinopatía Diabética se ha llevado a cabo la presentación del proyecto en formato de sesión para todos los profesionales del equipo.
• Se informa a todos los Servicios de Admisión de Atención Primaria de las modificaciones en los circuitos de asignación de citas para retinografía, así como se decide que el envío de cartas con el resultado de la prueba al paciente (tanto captado por cribado como oportunista) las realicen desde las Admisiones de los centros donde trabajan los lectores (A.Sur, A. Oeste y A. Norte)
• Durante su implantación se ha modificado la edad de inclusión. Ya no es motivo de exclusión la edad por encima de 80 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• No ha sido posible implementar la Interconsulta virtual de Oftalmología debido a la diferencia de criterios de ambas partes. Nos hemos emplazado a 2019 para acercar posturas.
• La contratación de un Optometrista no ha recibido el visto bueno de RRHH.
• Se ha difundido el documento de consenso.
• Se ha puesto en marcha la lectura de Retinografias a través de la plataforma Dicom.
• Las imágenes de fondo de ojo, así como el informe de la lectura tanto de primaria como de Oftalmología quedan registradas en la HCE y el OMI-AP.
• Se han creado agendas monográficas para los lectores de retinografía en OMI-AP.
• Se ha iniciado el cribado de Retinopatía Diabética en los Centros de Salud de Actur Oeste y Actur Sur.
• El resultado de la lectura con la indicación de próxima Retinografía se remite a cada usuario por correo postal a su domicilio.
• La cobertura en retinografía en el Sector I a diciembre de 2018 fué del 33,40%. Si bien no hemos alcanzado el objetivo marcado del 38% (Aragón obtuvo el 36%), observamos un incremento de cobertura de más de 3 puntos porcentuales con respecto a cierre del año 2017, pasando del 30,60% al 33,40% como hemos apuntado anteriormente.
• Nos ha sido imposible obtener a fecha de elaboración de esta memoria, el indicador hospitalario de demora media

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha modificado el modelo de lectura de retinografía en el Sector I pasando a realizarse de forma digital.
Se ha iniciado el programa de cribado de retinopatía diabética en 2 centros de salud, tal y como marcaba el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

objetivo. A fecha de cierre de esta memoria, se ha dado inicio en un tercer centro de salud (A. Norte) y se espera aumentar la cobertura a lo largo de 2019.
Nos planteamos dudas en la construcción del indicador de retinografia del cuadro de mandos de diabetes, ya que en el denominador se incluyen todos los diabéticos del sector, cuando pensamos que para evaluar el trabajo de atención primaria debería sesgarse el número de diabéticos con los criterios de exclusión que el propio programa de cribado establece.
Deberían consensuarse los criterios a la hora de establecer el plazo óptimo para la revisión de fondo de ojo con resultado normal, ya que según programa de cribado se marca en 2 años y según el documento “Estrategia en Diabetes de Aragón” lo recomienda en 3 años. Esto lleva a confusión entre muchos de nuestros profesionales.

La difusión en formato de sesión clínica se ha realizado en los centros donde se ha implementado el cribado : Actur Oeste y Actur Sur.

7. OBSERVACIONES.
La buena aceptación del proyecto así como su implementación tanto en HCE como en OMI-AP han servido para decidir hacerlo extensivo en 2019 a la mayoría de los centros de Salud del Sector.
Se plantea retomar la implantación de la IV en Oftalmología para el 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/71 ========== ***

Nº de registro: 0071

Título
GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
MENDI METOLA CAROLINA, GALINDO CHICO MIGUEL, PABLO JULVEZ LUIS, GARUZ BELLIDO ROBERTO, GALVE ROYO EUGENIO, SISAMON MARCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los problemas oftalmológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia de las enfermedades oculares.
En nuestro Sector, del total de interconsultas emitidas desde AP a especializada, el 15% son derivaciones a Oftalmología y de este porcentaje es llamativo que el 33% se deriven con el CIAP de "Disminución de la Agudeza Visual".
La demora media en primeras consultas de oftalmología es elevada.
Por todo ello, es necesario mejorar los circuitos de continuidad asistencial de estos pacientes con la revisión de criterios clínicos consensuados
La cobertura de fondo de ojo en diabéticos tipo II en el año 2017 terminó por debajo de la media de Aragón. Es pertinente implementar un proyecto de captación activa de retinopatía diabética en nuestro Sector

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.
Consensuar criterios de actuación entre AP y Hospitalaria.
Aumentar la cobertura de fondo de ojo en pacientes diabéticos tipo II.

MÉTODO
Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías oftalmológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación entre AP y Hospitalaria y adecuándolos a las nuevas circunstancias. Esto conllevará implementar la Interconsulta Virtual con Oftalmología y ofertar a los profesionales de AP la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

```
derivación a una nueva consulta de optometría para determinados problemas visuales.
Aumentar la cobertura de retinografia en DM e implementar un programa de cribado.

INDICADORES
- Difusión del documento de consenso.....SI
- Implementar IV Oftalmología.......100% CS
- Cobertura Retinografia.............38%
- Cribado retinopatía diabética.....Al menos en 2 CS
- Agenda monográfica lectores de retinografia.....SI
- Demora media oftalmología 2018/Demora media oftalmología 2017<1
- Implementar interconsulta optometría....SI

DURACIÓN
Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión
Marzo-Abril: IV Oftalmología
Abril-Mayo: Consulta Optometría
Mayo-Diciembre: Cribado Retinopatía diabética

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0090

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOLOSANA LASHERAS TERESA
SOLER COCHI PILAR
VITALLER SANCHO CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo la sseión informativa a los profesionales implicados en el proyecto el 30 de mayo. previamente durante el mes de abril y mayo se les presentó a todas los coordinadores, tanto médicos como de enfermeria, este proyecto, animándolos a unirse a él. En algunos centros me desplacé yo para dar la formación en cuanto al uso del cuadro de mandos (Arrabal), en otros fueron las propias coordinadoras de enfermeria las que realizaron sesiones sobre el uso del mismo,(Parque Goya, Actur Norte...). Para la mejora del programa de PCC, se realizaron sesiones en cada centro de salud del sector,realizadas por el equipo Directivo.
El 17 de septiembre se realizó una reunión con los eac del sector y otros enfermeros que trabajaban de forma habitual en el PAC de Actur Oeste, así como en Arrabal, para que nos informaran de la posibilidad de implantar la consulta de alta resolución en el PAC. No se llevo a cabo por diferentes problemas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto al aumento de las CNP en enfermeria, en junio del 18 teniamos un 4%, partiamos del 1%, no teniendo datos más actuales en esta fecha.
En el pie diabético se ha alcanzado un 37,03%, pasando del 36 % que nos habíamos puesto como objetivo.
Concordancia-adherencia se ha alcanzado un 26,84%, no llegando al 31 que nos habiamos marcado
Captación Dependiente, hemos llegado al 5,15%, teníamos como objetivo el 7%.
No se ha puesto en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermeria.
En el PCC, se ha alcanzado el 40% de los pacientes incluidos en el programa, lejos del 80 que nos poníamos como objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a los indicadores que queríamos mejorar, se ha conseguido esa mejora. Igual no tanto como creiamos, debido a la tardanza en poner en marcha el proyecto. Sí se ha conseguido acostunbrar al personal de enfermeria a consultar y manejar el cuadro de mandos para vigilar sus resultados y mejorarlos.
la consulta de alta resolución nose pudo poner debido al RD que seguía sin ser modificado. Actualmente con la modificación del mismo se intentará retomar el proyecto, pero se prefiere cerrar este y abrir uno nuevo, ya que se produce cambios en el grupo de trabajo .
Se ha mejorado la cobertura de PCC.
Se ha mejorado el uso de la CNP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/90 ========== ***

Nº de registro: 0090

Título
PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Autores:
NAVARRO VITALLA OSCAR, TOLOSANA LASHERAS TERESA, SOLER COCHI PILAR, VITALLER SANCHO CONCHA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0090

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

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

PROBLEMA
Los centros de atención primaria deben proporcionar atención a aquellos pacientes que requieren ser visitados el mismo día porque no les es posible esperar una cita programada con su médico habitual. Esta atención podría ser prestada por el personal de enfermería de los EAP, solucionando los procesos leves. Así se propone que las consultas de enfermería se atienda a los pacientes que vienen sin cita a los centros de salud. Evitando las demoras en medicina.
También se busca realizar una captación activa de los pacientes crónicos y del seguimiento de los mismos. Para ello proponemos potenciar la CNP de enfermería.
Tras el análisis de la población de este sector, se detecta un elevado número de pacientes CC (3%), y además un gran número de ellos están institucionalizados en residencias, que no disponen de personal sanitario propio y que dependen de los profesionales de los Centros de Salud.
También hemos analizado los resultados de seguimiento de las patologías crónicas en el CUADRO DE MANDOS (diabetes e indicadores del AGC) y queremos potenciar su uso.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la cobertura en Crónicos.
Potenciar la coordinación entre medicina y enfermería en el manejo del PCC.
Captación y seguimiento de los crónicos mediante la CNP de enfermería.
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.

MÉTODO
Se realizará una sesión de presentación del proyecto a las Coordinadoras de enfermería. Proponiéndoles en esa reunión el salir 3 o más EAP como pilotos de los demás.
En esta sesión se propondrá la modificación de las agendas de enfermería de los centros.
También se realizará unas sesiones previas con el personal de enfermería de los centros en los que se va a pilotar el proyecto, para explicárselo.
Se realizarán sesiones de registro de indicadores del CM Diabetes y CM de ACG en los centros de Salud

INDICADORES
Número de CNP de enfermería, alcanzar el 10%.
Pie diabético, alcanzar el 36%.
Concordancia-adherencia en el polimedicado, 31 %.
Captación Dependiente, alcanzar el 7%.
Poner en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermería. (Si/No).
Protocolo acogida del PCC, alcanzar el 80% de los pacientes incluidos en el programa.
La evaluación se realizará con los datos del CM de Diabetes y de ACG

DURACIÓN
Las sesiones y formación se realizarán a lo largo del primer semestre del 2018, es un proyecto de continuación, se mantendrá en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 18/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO MOYA MIGUEL
OLIVAR DUPLA TERESA
RUBIO ORGA ELENA
TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS
LAZARO ARIÑO CARMEN
ARGUEDAS GIL MARIA TERESA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en el pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/36 ========== ***

Nº de registro: 0036

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
BLASCO JIMENEZ ANTONIO, ROYO MOYA MIGUEL, OLIVAR DUPLA TERESA, RUBIO ORGA ELENA, TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS, LAZARO ARIÑO CARMEN, ARGUEDAS GIL MARIA TERESA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ESPECÍFICO DE LA UNIDAD

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

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.
5. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
6. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO MOYA MIGUEL
OLIVAR DUPLA TERESA
RUBIO ORGA ELENA
TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS
ARGUEDAS GIL MARIA TERESA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
• Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en el pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/36 ========== ***

Nº de registro: 0036

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
BLASCO JIMENEZ ANTONIO, ROYO MOYA MIGUEL, OLIVAR DUPLA TERESA, RUBIO ORGA ELENA, TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS, LAZARO ARIÑO CARMEN, ARGUEDAS GIL MARIA TERESA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.
5. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
6. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1418

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
PERMUY FONTAO JULIO
PITA GRANDAL BEATRIZ
BARDAJI CESTER CONSUELO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA
PEREZ CHUECA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
A.- Construir una base de datos atractiva con formato de aplicación, creando un servicio virtual, de tal forma que cuando se quiere consultar cualquier tipo de duda sobre el funcionamiento del servicio se navege sobre el plano del laboratorio accediendo de forma rápida y ordenada a toda la información necesaria para desarrollar el trabajo. De igual forma se ha creado un acceso directo para poder consultar la definición de cada puesto de trabajo, turnos, características del servicio....etc

B.- Recopilación de procedimientos, guías telefónicas, manuales de analizadores de casas comerciales en formato pdf para hipervincularlos....etc

C.- Fotografiado y retoque fotográfico para navegar sobre las secciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado obtenido ha sido el esperado. Se ha puesto en uno de los PC del servicio esta aplicación, para poder consultarla de forma rápida. En un primer paso se ha realizado parte de las secciones de:

1.- TRABAJO ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO
2.- RECEPCION DE MUESTRAS

La idea es ir alimentando la aplicación hasta conseguir tener todo el servicio al completo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo ha sido muy satisfactoria y se va a seguir extendiendo al resto de secciones en futuros proyectos de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1418 ========== ***

Nº de registro: 1418

Título
PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO DEL LABORATORIO

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, PERMUY FONTAO JULIO, PITA GRANDAL BEATRIZ, BARDAJI CESTER CONSUELO, BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA, PEREZ CHUECA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1418

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO

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

PROBLEMA
En la mayoría de hospitales cada Técnico superior es asignado a un laboratorio único (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc) y en muchas ocasiones dentro de este laboratorio se le asigna a una sección fija en función de la carga de trabajo (Homonas, Bioquímica general, Orinas...etc).
El Laboratorio del Hospital Real Ntra. Sra. de Gracia esta concebido como un único laboratorio con una única plantilla, aunque se desarrollan las técnicas de distintos laboratorios y se entrelazan sistemas de trabajo de un laboratorio de rutina y otro de urgencias.
La cantidad de técnicas a aprender y detalles en los diferentes sistemas de trabajo son enormes. Por el sistema de rotación, el personal tiene un mes en el que pasa por las mañanas, asignándole todo el mes en una de las secciones. Estas secciones son lo que en otros hospitales clasifican como un laboratorio propio (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc). Después le toca un mes de rotación por el laboratorio de urgencias pasando a tardes, noches y festivos. Este hecho hace que cuando se vuelve a pasar a una de las secciones de rutina en turno de mañanas han podido pasar hasta 5 meses desde la última vez que se trabajó en ella, siendo muy complicado afianzar el trabajo de cada una de las secciones (laboratorios) y los cambios continuos a los que un laboratorio se enfrenta día a día.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una aplicación informática donde se tenga una Mapa interactivo de las distintas secciones del Laboratorio donde tanto el personal fijo como el personal de nueva incorporación pueda consultar cualquier procedimiento de trabajo, definición de los puestos, turno anual, Pactos internos entre el personal...etc.

MÉTODO
Realizar una APLICACIÓN donde aparezce el mapa del Laboratorio y sus diferentes secciones.
Presionando en cada una de ellas puedas introducirte en menus que te dan información sobre la definición del puesto, definición del sistema de trabajo, mapa de procesos de la sección y a todos procedimientos de trabajo.
Para ello se realizarán también reuniones periódicas (una trimestral seria suficiente) para actualizar los procedimientos de trabajo y realizar nuevos que se consideren necesarios.

INDICADORES
La monitorizacion del proyecto va a ser continua, viendo diariamente los avances de la aplicación.
La medida del proyecto será todo lo conseguido hasta el momento de su evaluacion

DURACIÓN
ENERO DE 2019 Estarán y se podrán consultar las secciones de:
1. Parte de Hemostasia
2. Parte de Banco de sangre
3. Parte de bioquimica
4. Parte de Recepcion de muestras
5. Parte de la Sección Administrativa

Se empezarán con los procedimientos mas importantes de cada sección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER
MONEVA ELENA
RINCON GORMEDINO PILAR
RUIZ ROMERO CRISTINA
GASPAR OCHOA INMACULADA
SANJOSE PEREA ROSALIA
FERNANDEZ TAULES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado la sistemática y actualizado los procedimientos técnicos.
Se ha revisado el procedimiento de registro sin que se hayan producido grandes avances por problemas informáticos.
El volcado de resultados de HPV a los informes no ha podido realizarse por problemas entre Patwin y Áptima.
Se sigue atendiendo todas las consultas realizadas por las matronas y los ginecólogos, y se siguen enviando diagnósticos en papel.
Se obtienen estadísticas que ratifiquen la eficacia del método utilizado, en cuanto a cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En las tablas de registro se ha sustituido el registro de las citologías negativas por registros de citologías de forma aleatoria, que permiten evaluación por otros observadores distintos al patólogo que diagnosticó.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido una parte de los objetivos del proyecto, entre los que cabe destacar:
Se ha revisado la sistemática y actualizado los procedimientos técnicos, habiendo superado en junio de 2018 la Auditoría de ENAC, que mantiene nuestra acreditación.
Se sigue atendiendo todas las consultas realizadas por las matronas y los ginecólogos, y se siguen enviando diagnósticos en papel.
Se obtienen estadísticas que ratifiquen la eficacia del método utilizado, en cuanto a cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En las tablas de registro se ha sustituido el registro de las citologías negativas por registros de citologías de forma aleatoria, que permiten evaluación por otros observadores distintos al patólogo que diagnosticó.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto mejora la calidad en el tema del cribado cervical, ya que supone una revisión continua en esta área.
La dedicación temporal del personal y las reuniones de coordinación, supone un esfuerzo extraordinario, ya que conlleva mejoras pero supone una tarea adicional a la labor asistencial.
No se pueden realizar avances sin la implicación de los servicios generales, predominantemente de la informática, lo que ha llevado a que queden pendientes los siguientes temas:
- Se ha revisado el procedimiento de registro sin que se hayan producido grandes avances por problemas informáticos, por lo que se concluye que sin una buena respuesta por parte de los servicios de Informática, es imposible que se produzcan avances en el procedimiento de registro.
- El volcado de resultados de HPV a los informes no ha podido realizarse por problemas entre Patwin y Áptima, referidos a la conexión informática, fallando también la conexión informática con el Salud.
El proyecto debe implicar de forma significativa al Servicio de Informática.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/675 ========== ***

Nº de registro: 0675

Título
SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Autores:
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, SANJOSE PEREA TERESA, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El proyecto intenta conseguir la prevención del cáncer cervical de una manera efectiva.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, especialmente en la línea prioritaria :CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, aunque también afecta a otros objetivos prioritarios

RESULTADOS ESPERADOS
Renovar la acreditación ISO 15189
Prevenir el cáncer cervical

MÉTODO
Las principales actividades serán:

- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para adecuarla al procedimiento actual y facilitar y disminuir el tiempo necesario.
- Adecuar la tabla de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas de resultados.
- Estudiar el volcado de resultados de HPV a los informes.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos

El servicio ofertado es la realización del estudio cervical, incluyendo la citología y el estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En segundo lugar, obtener las estadísticas de resultados que permitan evaluar el método.

INDICADORES
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N)
Actualización del informe de resultados (S/N)
Comunicaciones a matronas y ginecólogos (S/N)
Realización de Revisión por la Dirección (S/N)
Realización de estadística de resultados (S/N)

DURACIÓN
Auditoría de seguimiento: Junio 2018-05-09
Redacción de los documentos modificados: hasta septiembre 2018
Implantación y comunicación de matronas y ginecólogos: hasta diciembre de 2018
Obtención de estadísticas: Enero 2019
Evaluación del proyecto y acciones de continuación: Primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES
Incluido en acuerdo de gestión con la Dirección

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN
ELENA MONEVA PILAR
RINCON GORMEDINO CRISTINA
RUIZ ROMERO INMACULADA
GASPAR OCHOA ROSALIA
ABAD BEORLEGUI ELENA
GARCIA FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha redactado la versión inicial de los documentos relativos a la solicitud de estudios, procedimiento de registro, procedimientos de procesamiento de biopsias, técnicas generales e inmuno histoquímicas, y postanalítica, según estaba previsto en el proyecto.
Para ello se han realizado:
- múltiples talleres de formación organizados por el SALUD e ICSA
- creación del grupo de mejora encaminado a la acreditación de biopsias y citologías
- numerosas reuniones internas para la redacción y revisión de los documentos
- establecimiento de los objetivos e indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los objetivos de esta fase del proyecto, cumpliendo al 100% los objetivos previstos, a saber:

Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro
Actualización del procedimiento técnico de análisis. de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e nmunohistoquímicas
Establecimiento del procedimiento de postanalítica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas:
El proyecto mejora la calidad de la atención proporcionada.
El proyecto requiere dedicación temporal del personal, y numerosas reuniones de coordinación.
Requiere implicación de los servicios generales (informática, mantenimiento, suministros, electromedicina).
No existe una completa comprensión del significado y utilidad de la gestión de calidad por parte de otros servicios.

Han quedado pendientes:
Ejecutar plenamente la sistemática establecida y corregirla si se detectan incongruencias o actividades inoperantes.
Establecer los formatos para el registro de las actividades.
Mejorar la gestión de equipos, en colaboración con los proveedores.
Extender las actividades de gestión de calidad a otros procedimientos del servicio.

El proyecto debe continuar dando respuesta a estas cuestiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/684 ========== ***

Nº de registro: 0684

Título
SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

Autores:
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, ABAD BEORLEGUI ELENA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
Los procedimientos en el procesamiento del material de biopsias y piezas quirúrgicas son cada vez más complejos, por lo que requieren una mayor sistematización para mantener la reproducibilidad y obtener unos resultados homogéneos y mantenidos en el tiempo.
Por ello se requiere elaborar una sistemática que permita la actuación uniforme de todo el personal, con un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales,
El proyecto intenta alcanzar la eficacia diagnóstica con mayor seguridad y rapidez.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, afectando a varios de los objetivos prioritarios, como son especialmente los que se refieren al cribado de cáncer y a la gestión de riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS
Sistematizar los procedimientos de procesamiento de biopsias.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

MÉTODO
Las principales actividades serán:

Redactar los documentos que recojan los procedimientos de procesamientos
Redactar los procedimientos de técnicas y procedimientos especiales
Redacta los documentos de preanalítica correspondientes.
Redactar los documentos de postanalítica correspondientes.
Establecer los indicadores.
Aplicar los procedimientos en el diagnóstico de rutina

El servicio ofertado es la realización de los diagnósticos anatomopatológicos con precisión y rapidez
En segundo lugar, se intentará adecuar estos procedimientos a la norma ISO 15189 para caminar hacia la acreditación en patología cervical y mamaria.

INDICADORES
Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N) de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (S/N)
Establecimiento del procedimiento de postanalítica (S/N)

DURACIÓN
Redacción de los procedimientos de biopsias de rutina, registro y preanalítica: Septiembre 2018
Redacción de los procedimientos de inmunohistoquímica y técnicas especiales: Hasta noviembre 2018.
Redacción de los procedimientos de postanalítica: Diciembre 2018- enero 2019
Evaluación y plan de continuación: Prmer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAUCO JAQUES JOSE
ITURRICHA ALBA FERNANDO
RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO
ALAMILLO SALAS CLARA
OPLA BENABARRE JOSE MARIA
GOMEZ RUIZ MARIA CRISTINA
NOGUE PUEYO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PERIODO DE REALIZACION : AÑO 2018 COMPLETO
ACTTUACIÓN: BLOQUEOS ANALGESICOS SUPRACLAVICULARES PREOPERATORIOS ECOGUIADOS
- OBJETIVO: CONSEGUIR ANALGESIA POSTOPERATORIA ADECUADA.CON MENOR USO DE ANALGÉSICOS INTRAVENOSOS Y MAYOR SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.
- SEDACION LEVE, PREVIA DEL PACIENTE CON MIDAZOLAM 2-3 MG
- MATERIAL: ECOGRAFO PARA LOCALIZACION SUPRACLAVICULAR DEL PLEXO BRAQUIAL(S2 SONOSITE), AGUJAS HIPERECOGÉNICAS (BRAUN LAB.) Y 15-20 ML(TAMAÑO DE PACIENTE) DE LEVOBUPIVACINA 0,25% ISOBARA + 4 MG DE DEXAMETASONA.
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA EN TODOS LOS CASOS
ANALGESIA POSTOPERATORIA INMEDIATA CON PARACETAMOL 1G+ AINE EXCLUSIVAMENTE
ACTIVIDADES REALIZADAS: TOMA DE DATOS EN CABECERA DE PACIENTE, ANOTACIONES EN LIBRO DE PLEXOS, REVISION AL DIA SIGUIENTE, EVALUACIONES TRIMESTRALES, REUNIONES CON SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA VER IDONEIDAD, REUNION FINAL CON EXPOSICION DE DATOS RECABADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CIRUGIAS ARTROSCÓPICAS DE HOMBRO:121 (59 I - 62 D)
BLOQUEOS REALIZADOS: 119 PACIENTES
NO DESEARON REALIZARSE: 2 PACIENTES
- P. OPERADOS/ P.BLOQUEADOS : 121/119 - 98,34% DE LOS PACIENTES
- DOLOR POSTOPERATORIO INMEDIATO (ESCALA EVA)
EVA 0-3 (DOLOR LEVE): 76 PAC - 63,86%
EVA 4-6 (DOLOR MOD) : 34 PAC- 28,67%
EVA 7-10(DOLOR SEVERO) : 9 PAC - 7,5%
2 PAC NO BLOQ - DOLOR MODERADO-SEVERO 2 CASOS- 100%
- ANALGESIA DE RESCATE EN 39 PACIENTES : 32,23% (DIVERSA)
- DIA SIGUIENTE: DOLOR SEGUN ESCALA EVA
EVA 0-3 - 112 PAC - 92.56 %
EVA 4-6 - 8 PAC- - 6,61%
EVA 7-10 - 1 PAC - 0,82%
- ENCUESTA DE SATISFACCION AL DIA SIGUIENTE: SATISFACCION DE LOS PACIENTES SUPERIOR AL 95%, LOS PACIENTES SE MOSTRARON SATISFECHOS CON LAS EXPLICACIONES Y LA TÉCNICA REALIZADA ASI COMO CON SUS RESULTADOS.
EFECTOS SECUNDARIOS: 1 PAC - BLOQUEO RESIDUAL PROLONGADO 32 HS
1 PAC- ELEVAC HEMIDIAFRAGMA DECHO (?) CAUSA
3 PAC CON MOLESTIAS EN ZONA DE PUNCION
1 PAC CON ERITEMA ZONAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- LA ANALGESIA POR BLOQUEO SUPRACLAVICULAR EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO ES SUMAMENTE UTIL Y EFICAZ, SE HA LOGRADO UN GRADO DE EFICACIA SUPERIOR AL 90%
2- DISMINUYE LOS REQUERIMIENTOS ANALGÉSICOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO
3- EL USO DE ANALGESICOS IV, DISMINUYE EN TODO EL PROCESO
4- DISMINUYE EL DOLOR EN EL PRIMER DIA DEL POSTOPERATORIO Y ES MAS FACILMENTE TRATABLE
5- ESCASOS EFECTOS SECUNDARIOS, LEVES EN SU MAYORIA. POCO PELIGRO DEBIDO A LA UTILIZACION DEL ECÓGRAFO PARA REALIZAR LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1087 ========== ***

Nº de registro: 1087

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Título
PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Autores:
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO, SAUCO JAQUES JOSE E, ITURRICHA ALBA FERNANDO, RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO, OPLA BENABARRE JOSE MARIA, GOMEZ MARIA CRISTINA, NOGUE PUEYO MARIA JOSE, ALAGON MANUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: traumatología de hombro
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en practica clinica y c

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

PROBLEMA
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

MÉTODO
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revision de tratamientos el dia siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

INDICADORES
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - dia posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

OBSERVACIONES
No me ha sido posible la accion de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAUCO JAQUES JOSE
ITURRICHA ALBA FERNANDO
ALAMILLO SALAS CLARA
RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO
OPLA BENABARRE JOSE MARIA
NOGUE PUEYO MARIA JOSE
GOMEZ RUIZ MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS EN PROYECTO 2018_1085-1087

Bloqueos Del Plexo Braquial para analgesia de Cirugía Artroscópica de Hombro (CAH)
Los bloqueos del plexo braquial se realizan para producir anestesia total o analgesia para las extremidades superiores, ya sea para realizar la cirugía o para proveer de analgesia en el postoperatorio inmediato.
En este proyecto en particular, buscamos proveer de analgesia a los pacientes que se van a operar de cirugía artroscópica de hombro, cirugía con un postoperatorio muy doloroso habitualmente y que requiere de muchos fármacos analgésicos además de reposo importante y malestar por los posibles efectos secundarios de tanta medicación.
La forma de realizarla es puncionando el plexo braquial de los pacientes en el preoperatorio y administrarles una cantidad determinada de anestésicos locales a una concentración más analgésica que anestésica para posteriormente proveer de anestesia general a dichos pacientes y que sea en el postoperatorio inmediato donde noten la mejoría y confort.
Metodología:
1. Explicación y obtención del consentimiento informado de los pacientes en la consulta preanestésica
2. Día de la intervención pasan a la Unidad de Recuperación Post Anestesica (URPA) para la realización de dicho bloqueo
3. Llegada a la unidad, corroboración del proceso y paciente así como de su historial y monitorización de constantes vitales
4. Sedación previa con 1-2 mg de midazolam (si no hay alergias)
5. Punción del plexo braquial con ayuda del ecógrafo S2-Sonosite y agujas hiperecogénicas
6. Administración de Anestesico local L-bupivacaina 0,25% 15-20 cc + 4 mg de dexametasona.
7. Comprobación del estado del paciente y preparación para su ingreso en quirófano en un tiempo de 15-30 min.
8. Ingreso en quirófano para su intervención qx. con Anestesia General (habitualmente realizada y según pautas del anestesiólogo a cargo del quirófano ese día). La analgesia que se le da al final de la intervención son AINEs (paracetamol ó enantyum ó nolotil – en dependencia de alergias)
9. Paciente es trasladado de nuevo a la URPA tras la intervención y se evalua estado general (monitorización habitual) y el dolor que presenta.
10. Se da el alta de la URPA a su habitación tras un tiempo de recuperación variable según pacientes y cumpliendo normas de alta de la propia unidad (Alderete). Con analgesia que sea necesaria.
11. Visita al día siguiente por parte de anestesiólogo para evaluar dolor, efectos secundarios y necesidad de medicación analgésica.
12. Recogida general de datos
13. Evaluación de los datos que se van obteniendo y encuesta verbal a los pacientes de su satisfacción por el tratamiento y utilidad de este. Reuniones trimestrales de los integrantes del proyecto. Evaluación del proyecto en dos sesiones clínicas durante el 2018 junto al resto del servicio.
14. Evaluación conjunta con el servicio de Traumatología para grado de satisfacción y observaciones respecto a tratamiento y posibles efectos secundarios. Reuniones trimestrales y notificación puntual en caso de efecto adverso
Valoración por parte de los traumatólogos sobre la utilidad del tratamiento con una encuesta anónima sobre grado de satisfacción y utilidad en 5 escalones de no útil o no satisfactorio hasta muy útil, muy satisfactorio
15. En caso de efectos adversos graves: notificación a libro de incidencias de quirófano y posterior estudio en sesión clínica como caso clínico.

Actividades:

- Recogida de datos por parte de cada anestesiólogo en libro de URPA por el realizador del bloqueo con tipo y cantidad de anestésico
- Evaluación del dolor por anestesiólogo de URPA en el postoperatorio
- Recogida de datos al día siguiente para evaluación del EVA por anestesiólogo de UDAP.
- Reuniones trimestrales de datos para los integrantes del proyecto
- Dos sesiones clínicas de todo el servicio
- Reuniones semestrales para este proyecto en exclusiva con el S. de Traumatología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

- Análisis de efectos secundarios, casos problemáticos.
- Recogida y evaluación final de datos y discusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS EN PROYECTO 2018_1085/1087
• Periodo de evaluación – año 2018

- Pacientes atendidos

1. Pacientes operados de Cirugía Artroscópica de Hombro (CAH): 121 pac.
2. CAH- dcho – 59 – 48,76%
3. CAH – izdo – 60 – 51,24%
4. Pacientes que recibieron analgesia por bloqueo: 119 – 98,34%
5. Pacientes que no desearon tratamiento : 2 - 1,66%

- EVA (escala visual analógica - 0 a 10) para el dolor. En postoperatorio inmediato

1. EVA 0-3 (sin dolor – poco dolor): 76 pac: 63,9%
2. EVA 4-6 (dolor moderado): 34 pac: 28,67%
3. EVA 7-10 (dolor severo) : 9 pac : 7,5%

- EVA 0-10 para el dolor. Al día siguiente

1. EVA 0-3 : 106 pac: 87,60%
2. EVA 4-6: 12 pac: 9,91%
3. EVA 7-10: 3 pac : 2,47%

Pacientes a los que se administró tratamiento analgésico básico: 91 pac: 75,20
Rescates analgésicos: 20 pac : 24,8 %

Efectos adversos:
- Bloqueos prolongados (+24hs) 3 pac sin repercusiones
- 1 elevacion y enfisema subcutáneo en hemidiafragma decho de dudosa procedencia y achacado a excesiva presión de la bomba usada por traumatología y duración larga de la intervención qx.

Encuesta de satisfacción de los pacientes
- Grado de satisfacción por explicaciones e información recibidas: 121 – 100%
- Grado de satisfacción por tratamiento: (sobre 119 casos que aceptaron) : 103 : 85,12%

Encuesta de satisfacción global del Servicio de Traumatología hacia las técnicas
- Grado de satisfacción por parte del Servicio de Traumatología: Muy satisfechos
- Grado de utilidad: Consideración de muy útil

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE PROYECTO DE MEJORA

2018_ 1085/1087 (ACUERDOS DE GESTIÓN)

1. Recibieron analgesia por medio de bloqueo supraclavicular un total de 119 pacientes, un 98,34% con lo que se superan las estimaciones previas de realizarlo en más del 80%. 2 pacientes no desearon el tratamiento.

2. En el postoperatorio inmediato observamos que,de inicio, el 63,9% de los pacientes no tuvieron dolor o muy poco lo cual dada esta intervención, casi siempre muy dolorosa en el postoperatorio, podría considerarse un éxito. Con un dolor moderado un 28,67% el cual puede ser tratado con relativa facilidad y rapidez, casi siempre solo con AINEs.

Solo un 7,5% de los pacientes presentaron un dolor severo que requieren habitualmente combinaciones de AINEs y mórficos .
El beneficio es notable si tenemos en cuenta que el 92,5% de los pacientes tendría un sencillo tratamiento.

3. El EVA analizado del día siguiente indica que los pacientes con un mínimo dolor ha subido al 87,60% con una extraordinaria evolución y con un dolor moderado no llegan al 10% y solo 3 de ellos mantienen dolor severo (tener en cuenta que 2 de los pacientes no desearon realizarse este bloqueo y están incluidos en las evaluaciones del dolor.
Cualquiera que haya visto o vea habitualmente como se desarrolla el postoperatorio de este tipo de pacientes sabe de la dificultad del tratamiento analgésico y del dolor que refieren en ocasiones y que es complicado de tratar. Considero unos resultados notables en la consecución de unos postoperatorios lo menos dolorosos posibles en este tipo de cirugías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

4. En nuestro hospital se pauta de forma habitual una analgesia base con AINEs para tratamiento del dolor en estas cirugías, desketoprofeno 50 mg/8hs o Paracetamol 1 g/6-8 hs y esto fue lo único que se les pautó.
Este tratamiento fue útil en el 75,20% (3 de cada 4) solo necesitando ampliación de un tratamiento analgésico muy básico en 1 de cada 4 pacientes. La reducción de posibles efectos secundarios así como de disconfort por parte del paciente es también notable.

5. Los efectos secundarios fueron mínimos. Los pacientes evidentemente refieren molestias a la punción (no se incluyeron, como tampoco se incluyeron las molestias producidas por la toma de vía intravenosa).
Las localizaciones del plexo ayudados por la ecografía han mejorado estos últimos años de manera evidente aunque hay algunos pacientes en los que no fue plena la capacidad analgésica por déficits en el bloqueo, hay que tener en cuenta que 9 de los pacientes presentaron dolor severo nada más terminar la intervención, cifra por otra parte bastante baja y muy aceptable.
Se produjeron 3 bloqueos prolongados, usamos dexametasona en la dilución que hace que se prolongue la duración del bloqueo aunque los tres mencionados refirieron los pacientes que duraron más de 24 horas pero ninguno más allá de las 48 hs, sin mayores problemas.
El caso del enfisema subcutáneo merece especial atención ya que estamos convencidos de que fue a causa de una presión de bomba excesiva y un tejido muy laxo así como de una duración de la intervención muy larga. El paciente no se pudo ir a casa al día siguiente y prolongo su alta durante 72 hs y fue dado de alta con comprobaciones radiológicas de buena evolución.

6. El grado de satisfacción sobre la información recibida por parte de los pacientes fue plena, el 100% de los pacientes se mostraron satisfechos por la información y como la recibieron.

7. El grado de satisfacción por el tratamiento recibido ha llegado a más del 85%, es decir que ya no solo a los que no tenían dolor (63,9%) sino a parte de los que tenían un dolor moderado en el postoperatorio les pareció útil y adecuado el tratamiento, ya sea por una apreciación adecuada del dolor o porque se habían operado anteriormente y conocían el proceso sin la realización de este tratamiento analgésico.

8. Realizamos también una encuesta a nivel del equipo de traumatólogos de forma anónima para ver su grado de satisfacción y de utilidad dando unas cifras plenas en los dos aspectos. Muy satisfechos, además de considerar este tratamiento como muy útil, ambas con las máximas valoraciones.

Las consideraciones finales de todos los datos aportados así como de la interpretación de los resultados obtenidos nos dan un panorama muy alentador y el convencimiento de que es una técnica muy útil para el tratamiento analgésico de los pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro.
Numerosos artículos y trabajos hay en la literatura científica que avalan este tipo de tratamientos y queríamos aplicar esta técnica en nuestro hospital con los resultados ya vistos y que son francamente mejores de lo que esperábamos. Esto puede ser debido a la experiencia en bloqueos anestésicos-analgésicos guiados por ecografía de los intervinientes en el proyecto, así como del buen material del que disponemos y el tiempo utilizado previamente durante el 2017 en entrenamiento nuestro y del personal de enfermería, aspecto básico en estos resultados.
Creemos que este tratamiento es completamente adecuado y deseable, podríamos discutir sobre los beneficios de un bloqueo interescalénico frente a uno supraclavicular del plexo braquial pero en lo que todos estamos de acuerdo es en que la mejora del tratamiento de este tipo de pacientes es el bloqueo del plexo braquial y que la sola aportación de analgésicos intravenosos es pobre y tiende a quedarse corta, con el disconfort que conlleva para el paciente.

Las recomendaciones son claras: Es preferible realizar un bloqueo del plexo braquial para completar un adecuado tratamiento analgésico en los pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro y así lo indican los datos obtenidos.
En nuestro hospital proseguiremos con su realización y posteriores estudios de mejora.

7. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES SOBRE PROYECTO DE MEJORA: 2018_1085/1087

1. Gran utilidad del proyecto de cara a mejora asistencial del paciente sometido a cirugía artroscópica de hombro.
2. Utilidad que ya era conocida por artículos científicos, congresos y reuniones.
3. Aplicación con un notable éxito en nuestro ámbito hospitalario
4. Mejora global en el tratamiento analgésico postoperatorio. Con tratamientos analgésicos muy básicos conseguimos mantener sin dolor a pacientes con intervenciones importantes
5. Convencimiento de su utilidad por parte de los pacientes y además de los Traumatólogos que trabajan con nosotros.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1087 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Nº de registro: 1087

Título
PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Autores:
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO, SAUCO JAQUES JOSE E, ITURRICHA ALBA FERNANDO, RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO, OPLA BENABARRE JOSE MARIA, GOMEZ MARIA CRISTINA, NOGUE PUEYO MARIA JOSE, ALAGON MANUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: traumatología de hombro
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en practica clinica y c

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

PROBLEMA
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

MÉTODO
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revision de tratamientos el dia siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

INDICADORES
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - dia posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

OBSERVACIONES
No me ha sido posible la accion de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0627

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL ROCIO ABREU RUBIÑO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA
ENSEÑAT ROMEO MARIA
LOPEZ VALVERDE GLORIA
BAYONA ZOVI PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZAMOS UN CHECK-LIST DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2018 DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CATARATA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA.
CONJUNTAMENTE, TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO (ANESTESIA, ENFERMERÍA Y OFTALMOLÓGICA) HA VERIFICADO EN CADA PACIENTE TODOS LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO, PARA MAYOR SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HA SIDO ACEPTADO POR TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO Y SE HA LLEVADO A CABO EN TODOS LOS PACIENTES DE ESE PERIODO (OCTUBRE-DICIEMBRE 2018) EN ESE TIEMPO NO SE HA DADO NINGÚN CASO CON ERROR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA CONSEGUIDO UNA INFORMACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MAS DETALLADA Y SEGURA PARA EL PACIENTE, POR LO QUE EL EQUIPO DECIDE SEGUIR REALIZANDO EL CHECK-LIST POR ESCRITO PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN CADA HISTORIA CLÍNICA DE CADA PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/627 ========== ***

Nº de registro: 0627

Título
VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

Autores:
ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO, CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA, ENSEÑAT ROMEO MARIA, LOPEZ VALVERDE GLORIA, BAYONA ZOVI PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Durante el proceso quirúrgico de cataratas existen múltiples variables referentes a la seguridad del paciente que precisan verificación durante la cirugía. Su no comprobación puede afectar negativamente en la identificación del paciente, inducir a error en lo referente a medicaciones, alergias, ayunos,... Así como confusión en la elección de
la prótesis a implantar y ojo a preparar.

RESULTADOS ESPERADOS
- Verificar la identidad, localización anatómica, procedimiento y consentimientos del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0627

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

- Confirmar tiempo de ayuna, prótesis dentaría, objetos metálicos y alergias conocidas.
- Comprobar aparataje, instrumental quirúrgico y prótesis a implantar.

MÉTODO
Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo sobre los pacientes intervenidos en la unidad de alta resolución de cataratas ambulatoria(ARCCA) del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. A partir de un check-list del equipo quirúrgico (Enfermería, anestesia y oftalmología) verificarán los diferentes datos a confirmar de cada paciente en la intervención de cataratas.

INDICADORES
1. Número de pacientes correctamente identificados durante la cirugía.
2. Número de pacientes suspendidos por incumplimiento del ayuno quirúrgico.
3. Proporción de pacientes con alergias a los diferentes fármacos utilizados durante el proceso quirúrgico.
4. Proporción de pacientes en los que la lente implantadas difería de la seleccionada en el parte quirúrgico.
Todo ello se obtendrá de una comprobación de los check-list empleados en la jornada quirúrgica.

DURACIÓN
Desde Octubre de 2018 a Diciembre de 2018 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA COLINA ONTAÑON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
SESE SANZ MARIA PILAR
COMET LOZANO VICENTE
RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN
ANDREU SANCHEZ LOURDES
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo las primeras actividades de este proyecto:
Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Búsqueda bibliográfica de información sobre el problema a estudio.
Actividad 3ª: Examen de diferentes guías y trípticos entregados en otros hospitales.
Actividad 4ª: Elaboración del primer borrador de la guía que se entregaría a la mujer mastectomizada en nuestro hospital, una vez dada de alta del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Creación de un grupo de trabajo.
- Reunión y consolidación del grupo de trabajo.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Unificación en la búsqueda de información.
- Estandarización de los criterios de selección del material de estudio.
- Redacción de la primera parte de la guía, en relación a las actividades de la vida diaria, trabajo, deporte, ocio y relaciones personales de la mujer mastectomizada cuándo es dada de alta de la unidad quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos el trabajo realizado hasta el momento como satisfactorio, si bien se debe coordinar el enfoque sobre el cuidado de la herida quirúrgica y sus posibles complicaciones cuando la paciente es dada de alta.
Respecto a los ejercicios de rehabilitación y los tratamientos tras la cirugía el trabajo de redacción está avanzado, pero aún no ha sido puesto en común en el grupo de trabajo.
No ha sido posible e estimar los indicadores propuestos (porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil y grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración),al no haberse implantado la guía del autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/592 ========== ***

Nº de registro: 0592

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
COLINA ONTAÑON MARIA LUISA, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, SESE SANZ MARIA PILAR, COMET LOZANO VICENTE, RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN, ANDREU SANCHEZ LOURDES, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Introducción: El cáncer de mama constituye un importante problema en los países occidentales por su elevada incidencia. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.
En los últimos años se ha detectado una notable mejoría tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y al esfuerzo de todos los profesionales implicados en esta materia. La técnica quirúrgica más frecuente empleada es la mastectomía.
Sin embargo, la mujer mastectomizada al ser dada de alta del servicio hospitalario, presenta una gran cantidad de dudas relacionadas tanto con los cuidados generales como con el autocuidado de su herida quirúrgica.
Importancia y utilidad del proyecto: En una reunión multidisciplinar se decide realizar la elaboración de un documento en forma de guía para instruir a la mujer operada cuando obtiene el alta hospitalaria acerca de:
- higiene y cuidados del brazo afecto.
- vestido y complementos
- alimentación
- actividades de la vida diaria, trabajo
- deportes y ocio
- relaciones personales y familiares
- embarazo tras mastectomía
- Cuidado herida quirúrgica
- complicaciones: linfedema, alteración de la sensibilidad de la zona operada, alteración de la movilidad del brazo operado, seromas
- ejercicios de rehabilitación tras la mastectomía
- tratamientos tras la cirugía: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

Situación de partida:
- Ausencia de información acerca de los posibles problemas a los que se presenta la paciente al alta
- Carencia de información en forma de tríptico o folleto que recoja la información que se demanda

Fuentes de información
La información fue recogida gracias al trabajo diario de los componentes del equipo y a la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:
- Aumento de la seguridad y confianza de la mujer operada
- Aumento del conocimiento acerca de los cuidados generales y autocuidado
- Mejora de la imagen de nuestro hospital y de la calidad asistencial
- Mejora de la satisfacción de los pacientes y de los familiares y del equipo asistencial

MÉTODO
Medidas previstas:
Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado
Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales
Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital
Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía

INDICADORES
1º. Porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil (nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/nº de usuarios que han recibido el tríptico)
2º. Grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero 2018
Fecha de finalización Enero 2019
Calendario:
Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Febrero 2018
Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales. Marzo- Abril 2018
Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital. Junio 2018
Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía. Enero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0893

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA VILLANUEVA CAMPAÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDINA CEREZAL MARIA PILAR
PEREZ GIL MARIA JESUS
DELGADO YUS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Modificación del manual visual de funcionamiento por cambio del programa informático en los meses de mayo a septiembre de 2018. Para ello se utilizaron los recursos informáticos existentes.
Formación del personal de la unidad en los meses de noviembre y diciembre de 2018 mediante charlas con apoyo del propio manual visual modificado.
Implementación del uso del manual en enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El personal que trabaja en la central de esterilización desarrolla sus actividades de acuerdo con el manual visual modificado. El personal eventual o de nueva incorporación tiene en dicho manual su referente ante posibles dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal de la central de esterilización valora muy positivamente las modificaciones realizadas en el manual visual ya que les permite realizar con mayor seguridad su trabajo diario y se evita la variabilidad en las acciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/893 ========== ***

Nº de registro: 0893

Título
MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Autores:
VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA, MEDINA CEREZAL MARIA PILAR, PEREZ GIL MARIA JESUS, DELGADO YUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
ANTE EL INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, LA ESPECIALIZACION Y LA MOVILIDAD DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES, RESULTA FUNDAMENTAL DISPONER UNA GUIA VISUAL DE CONSULTA.
UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MÁS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.
EN ABRIL DE 2018 SE INSTALA LA NUEVA VERSION DEL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD, POR LO QUE DEBEMOS MODIFICAR LA GUIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0893

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

RESULTADOS ESPERADOS
1. EVITAR LA VARIABILIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
2. SERVIR COMO MEDIO DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACION PERMANENTE AL PERSONAL.
3. UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.
4. EVITAR COMPLICACIONES Y DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE RESULTADOS ERRONEOS.
5. FORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL.

MÉTODO
1. MODIFICAR EL MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2.ACTUALIZAR LA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

INDICADORES
1. SE MODIFICA LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

DURACIÓN
1. MAYO-SEPTIEMBRE 2018:MODIFICACIONDE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2018: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2019: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2019: EVALUACION

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1209

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ANDRES ARRIBAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha estudiado, catalogado, e investigado el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para intentar ponerlo en valor del Salud y de la sociedad. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Se ha realizado un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Se ha estudiado la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Se da a conocer la complejidad de los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Por último se han recopilado y ordenado los fondos existentes de los distintos libros, documentos e inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha diseñado la ficha de catalogación
• 210 catalogados/ 210 albarelos del Botamen I.
• 86 Drogas contenidas en el Botamen/ 86 Botes con producto.
• 100 Botes catalogados/ 100 albarelos Botamen II.
• 200 frascos catalogados/143 frascos de cristal(se han encontrado nuevos)
• 280libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conservación, estudio y puesta en conocimiento de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza ha sido una obligación ética, debido al gran valor histórico, científico, profesional e incluso económico de los fondos estudiados.
El patrimonio histórico sanitario aragonés dependiente del Salud no tiene interés de ningún tipo para el Servicio Aragonés de la Salud, por lo que se está perdiendo toda nuestra historia. Se actúa en sentido contrario al de otras comunidades autónomas y centros sanitarios públicos y privados.
Este trabajo quiere dar a conocer ese patrimonio tan importante que se quiere esconder y olvidar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1209 ========== ***

Nº de registro: 1209

Título
CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Autores:
ANDRES ARRIBAS IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general y acompañantes en el hospital
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1209

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

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

PROBLEMA
La Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia contiene una de las más completas colecciones de objetos relacionados con la práctica de la actividad farmacéutica y el medicamento en Aragón. Para ello se debe proceder a la catalogación de todo su contenido.
Destacan las colecciones de albarelos de cerámica, frascos de cristal, morteros e instrumentos hospitalarios. Se han agrupado atendiendo a su finalidad, en recipientes para la conservación de simples o preparados medicinales y utensilios relacionados con las fases de elaboración y administración de medicamentos, además de la documentación, libros recetarios y publicidad farmacéutica

RESULTADOS ESPERADOS
La conservación, estudio y puesta en valor de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Está compuesto por dos farmacias históricas de finales del siglo XIX, una farmacia de hospital y una oficina de farmacia. Se expone su regulación, catalogación y estudio del mobiliario, instrumentos, objetos, medicamentos, libros y documentos de un periodo preindustrial de la farmacia.

MÉTODO
1. Estudiar, catalogar, preservar, poner en valor e investigar el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Realizar un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Plasmar la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Exponer la complejidad en los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Recopilar ordenar los fondos existentes de los distintos inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

INDICADORES
- Diseñar la ficha de catalogación
- Nº Botes catalogados/ 210 albarelos del Botamen I.
- Nº Drogas contenidas en el Botamen/ Nº Botes con producto.
- Nº Botes catalogados/ 100 albarelos Botamen II.
- Nº frascos catalogados/143 frascos de cristal •
- Nº libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

DURACIÓN
Iniciada la catalogació en 2017
Fecha prevista de terminación: Junio 2019
Prevista la edición en pagina web y en formato de libro
Responsable: Ignacio Andrés Arribas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MESA LAMPRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
CAMPOS SANZ ASUNCION
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
LABARI SANZ GENOVEVA
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES
NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA
ROMO CALVO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Marzo/18 se realiza una reunión inicial de todos los miembros del equipo para repartir el trabajo a realizar. Las dos fisioterapeutas actualizarán toda la información relacionada con transferencias, deambulación y ejercicios. El traumatólogo analizará la información acerca de la osteoporosis y su tratamiento. Las geriatras, la información relacionada con las caídas y su prevención y las enfermeras lo relacionado con la alimentación y disfagia y úlceras por presión.
Con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios, se ponen en marcha de forma simultánea dos encuestas que pasan las geriatras a pacientes y/o cuidadores, una (grupo I) a aquellos durante el ingreso hospitalario acerca de la necesidad de información y otra (Grupo II) a aquellos dados de alta previamente acerca de la información no recibida, es decir echada de menos al llegar al domicilio.
Se realizan reuniones parciales de la persona responsable con cada miniequipo de trabajo y una reunión de todo el equipo donde se muestran los resultados de las encuestas y el boceto del folleto final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizan 52 encuestas, 28 a pacientes/familiares/cuidadores hospitalizados (grupo I) y 24 en consulta a pacientes/familiares/cuidadores dados de alta (Grupo II). La media de edad de los encuestados es de 83,4 años los pacientes (32), 59,7 años los familiares (12) y 46 años los cuidadores (8).

Informaciones más demandadas en grupo I: movilidad y transferencias (43%), dietas y nutrición (32%), prevención caídas (25%), complicaciones médicas (21%) y dolor (21%). Mayor preocupación acerca de recuperación de movilidad (43%), complicaciones médicas (36%) y posible mala evolución (25%). En consulta: La mediana de la información facilitada durante el ingreso fue de 6/10 temas diferentes. El mayor sentimiento de información fue acerca de transferencias y ayudas técnicas así como prevención de fractura secundaria. La información menos sentida fue delirium y prevención de UPP. El 75% de los encuestados no echó en falta ninguna información al volver al domicilio. El 25% que necesitó más información, lo hizo sobre temas ya informados, excepto en un caso. La información recibida fue comprensible en el 100% de los casos.

Las principales conclusiones derivadas de la realización de las encuestas fueron: 1. No tiene nada que ver la información emitida con el sentimiento de haberla recibido 2. En una gran mayoría, no observamos diferencias entre los temas informados y aquellos sobre los que quieren ser informados. No obstante, queda clara la necesidad de modificar la forma de hacerlo ya que muchos encuestados no se sintieron informados a pesar de haberlo sido.

Analizados los resultados se comprueba la idoneidad del contenido previsto en el folleto, ya que coincide ampliamente con lo demandado por los encuestados; se considera que algunos de los temas demandadados (problemas médicos que pueden surgir durante el ingreso) se tratarán en el futuro folleto a realizar y que será entregado durante la hospitalización y no al alta.
Durante los meses siguientes se han ido haciendo diferentes versiones del folleto incluyendo imágenes y poco texto para que fuera más comprensible hasta alcanzar la versión final que ha sido aceptada por el director médico.

El folleto abarca los siguientes puntos:
-1.Desplazamientos
1.1 Cómo acostarse y cómo levantarse
1.2 Cómo sentarse y levantarse de las sillas
1.3 Cómo caminar
1.4 Cómo subir y bajar escaleras
1.5 cuándo subir a un coche y cómo hacerlo
1.6 Qué ejercicios hacer en casa
-2 En el cuarto de baño
2.1 Cuándo me puedo duchar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

2.2 Cómo entro en la bañera
2.3 Cómo entro en la ducha
2.4 Necesitaré elevador de inodoro en casa?
-3. Cómo evitar una nueva caída
-4. Aprender a caer y levantarse
-5. Dieta y disfagia
-6. Importancia del tratamiento de la osteoporosis

El 12 de febrero se presenta al Servicio de Geriatría y a la Unidad de Ortogeriatría.

Se ha cumplido el standard ya que el folleto está realizado al 100% y se va a presentar al servicio y Unidad de ortogeriatría en el plazo de 5 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha trabajado con mucha ilusión y gran profesionalidad. El folleto es comprensible y muy gráfico por lo que creemos que tendrá buena acogida. Consideramos que puede ser de gran utilidad.

Hay posibilidades de maquetación y edición de 170 ejemplares anuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/132 ========== ***

Nº de registro: 0132

Título
MEJORA DE LA INFORMACION: ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS INTERVENCION POR FRACTURA DE CADERA

Autores:
MESA LAMPRE MARIA PILAR, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, CAMPOS SANZ ASUNCION, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, LABARI SANZ GENOVEVA, MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA, ROMO CALVO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde que se creó la Unidad de ortogeriatría hasta la actualidad se ha ido perfeccionando la manera de trabajar y cuidando la información dada a los cuidadores tanto en calidad como cantidad. Actualmente reciben información sobre prevención de caídas, fracturas, movilidad, tratamiento de osteoporosis, ayudas técnicas, etc. dada por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, enfermeros, nutricionista, ortogeriatra y traumatólogo (desde la unidad de prevención secundaria de fractura por fragilidad (UFRA).

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar en un solo documento dicha información de forma ordenada, gráfica, útil, comprensible y barata (que sea posible hacerlo en reprografía).
La información irá dirigida a los pacientes atendidos en la unidad de ortogeriatría, es decir, aquellos que causen estancia en la misma por haber presentado una fractura de cadera.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

MÉTODO
Análisis de toda la documentación que se está repartiendo actualmente a lo largo de todo el proceso. Actualización de la misma por cada integrante del equipo y reunificación de la forma más práctica. Harán falta una reunión de presentación (1), una por cada materia analizada (posturas y desplazamientos, ayudas técnicas, prevención de caídas, tratamiento, nutrición) (5) y una final (1). Total 7 aproximadamente. Sesión de presentación del documento al servicio de Geriatría y Unidad de ortogeriatria.

INDICADORES
El proyecto debe estar acabado en febrero de 2019.
Se considerará alcanzado el estándar si se consigue haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

DURACIÓN
- 1ª reunión: marzo 2018 (análisis de la situación)
- trabajo por subgrupos y reuniones con los mismos: De marzo a octubre
- Encuesta a las familias para ver la necesidad de información
- 2ª reunión de todo el equipo: noviembre (puesta en común del trabajo en grupo)
- Presentación del documento: Enero/2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
MESA LAMPRE MARIA PILAR
LETOSA BOLEA VICTORIA
LARA GUISANDO EMMA LUZ
VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE
MARCO BES TERESA
PEREZ BERASATEGUI OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración por parte del grupo de un cuestionario de recogida de datos sobre las caídas que han sufrido los pacientes en HDG, tanto en el servicio como fuera del mismo.
Los usuarios han firmado un consentimiento informado para poder hacer uso de los datos en el proyecto de mejora y ajustarnos a la Ley de Autonomía del Paciente y otras disposiciones normativas respecto al uso de datos clínicos.
No se ha realizado el protocolo de información a familiares y cuidadores previsto en el proyecto. Es un aspecto de mejora para la continuidad del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han registrado un total de 63 caídas durante 2018. Se han incorporado los datos recopilados sobre las caídas y se han analizado mediante un programa estadístico a partir del cual se han extraído las conclusiones sobre los factores que hay que abordar para intervenir sobre el problema de las caídas.
Indicadores:
- Ficha de recogida de datos/nº total de caídas de los usuarios. Planteábamos alcanzar un 90% y hemos alcanzado un 94% de registro. Hemos tenido conocimiento de 66 caídas y hemos recogido datos de 63.
- Llamadas realizadas a domicilio /nº de caídas registradas. Planteábamos un 80% y hemos alcanzado un 98% de registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras analizar los datos recogidos mediante programa estadístico se llega a las siguientes conclusiones:
- El 77% de las caídas se produce en el domicilio, el 9,8% en HDG.
- El 48% de las caídas en domicilio se producen en el baño o dormitorio.
- El 32,8% de las caídas se producen durante las trasferencias o deambulación.
- El 57,4 % de las caídas han tenido consecuencias directas sobre la salud del usuario (contusiones, heridas, fracturas).
- El 85% de los usuarios no pudieron levantarse solos tras la caída.
- El 10% precisaron traslado posterior a algún centro sanitario.

Dado los resultados obtenidos entendemos que es necesario iniciar estrategias para abordar el problema de las caídas en el anciano incidiendo en los factores analizados.
Hospital de Día Geriátrico es un recurso apropiado para inciciar programas de prevención de caídas y actuar directamente sobre los factores qeu influyen en las caídas.
Nuestra idea es continuar durante el 2019 y plantear actuaciones concretas de prevención de caídas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/173 ========== ***

Nº de registro: 0173

Título
PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, MESA LAMPRE MARIA PILAR, LETOSA BOLEA VICTORIA, LARA GUISANDO EMMA LUZ, VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, MARCO BES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

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

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

PROBLEMA
Detectamos en HDG que nuestros usuarios son un grupo especialmente sensible al problema de las caídas. Los ancianos se caen frecuentemente y las caídas, en este rango de edad, originan graves problemas de salud (síndromes de inmovilidad, fracturas, dependencia, etc), además de gran coste para el sistema sanitario.
En este momento no tenemos una línea de actuación definida en cuanto a estas situaciones.
HDG es un recurso que permite incidir en los factores que propician las caídas, dado que nuestros usuarios permanecen en su domicilio durante el programa de recuperación funcional.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las caídas que se producen tanto dentro de HDG como las que se producen en los domicilios: cómo, cuándo, dónde,... Analizar posteriormente los datos recogidos para plantear posibles actuaciones que minimicen los riesgos de caída.
Establecer contacto con las familias y cuidadores para informar sobre riesgos en el hogar y facilitar información sobre manejo de estas situaciones en el domicilio: qué hacer, a quién llamar, cómo prevenir,...

MÉTODO
Realizar un documento de recogida de datos sobre las caídas que se produzcan en los domicilios de los usuarios para el posterior análisis de los factores de riesgo más habituales.
Protocolizar toma de contacto con cuidadores, una vez que se ha producido la caída para facilitar información sobre manejo de las caídas en el domicilio.
Realizar base de datos con toda la información recogida.

INDICADORES
Indicador 1: Total caídas de usuarios producidas tanto en el domicilio como en el propio HDG/ realizar ficha de recogida de datos sobre la caída. (Nuestro objetivo sería alcanzar el 90%)

Indicador 2: Llamadas realizadas al domicilio de los usuarios/ total de caídas registradas. (Nuestro objetivo sería el 80%)

DURACIÓN
El proyecto se inicia en Enero de 2018 y finaliza en Diciembre de 2018.

Realización de hoja de registro de caídas (Enero). Los datos serán recogidos por los profesionales de HDG (las dos terapeutas ocupacionales, TCAE, enfermera o celadora).

El contacto telefónico lo realizará la Terapeuta Ocupacional responsable del usuario afectado.

Se realizarán reuniones del grupo de mejora cada dos meses (Febrero, Abril, Junio, Septiembre,Noviembre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SOFIA SOLSONA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
CAMPOS SANZ ASUNCION
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
SANZ FRANCO ESTHER
GARCES LAPUENTE SARA
ESTAUN FERNANDEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Protocolo de identificación de pacientes con riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización (DFH): Se ha realizado un protocolo para identificar pacientes con DFH ingresados en el Servicio de Geriatría.
- Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de agudos del servicio de Geriatría del Hospital Nuestra señora de Gracia que presenten al ingreso pérdida de 1 o más actividades de la vida diaria respecto a la situación previa (medido como pérdida del Índice de Barthel de 5 o más puntos).
- Criterios de exclusión: Pacientes ingresados en la unidad de ortogeriatria, Unidad de Recuperación funcional o paliativos, pacientes con inestabilidad clínica que impida la realización de ejercicio físico durante el ingreso, demencia avanzada, no tener cuidador principal.
- Clasificación de los pacientes: Una vez identificados los pacientes con DFH se clasifican en 3 grupos:
Pacientes que pueden deambular (con o sin ayudas técnicas): se ha realizado una pauta de ejercicio físico multicomponente (potencia, resistencia, equilibrio, marcha) para que se realice durante el ingreso.
Pacientes que no pueden deambular, pero toleran sedestación: se ha realizado una pauta de ejercicio físico multicomponente adaptado.
Paciente encamado: se ha realizado una pauta de ejercicio con movilizaciones pasivas.
- Se explicará por parte del personal sanitario (Médico responsable y/o Enfermería) dichas pautas a la familia, aportando una hoja con los ejercicios a realizar durante el ingreso, se explicará cómo realizarlos con el objetivo de que sea el cuidador principal y/o el paciente quien los haga, con la posibilidad de apoyo de un Fisioterapeuta en los pacientes que se considere por parte del facultativo.
2. Realización de programa de ejercicio físico adaptado por parte del Servicio de Rehabilitación (Médico Rehabilitador y Fisioterapia) según clasificación de los pacientes con DFH (Deambulación, sedestación, encamado).
3. Elaboración de carteles informativos y trípticos sobre información del DFH y la importancia de realización de ejercicio físico que se colocaran en el pasillo de la planta y se darán a los familiares con el objetivo de que participen activamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha realizado el protocolo de detección de pacientes con DFH.
- Pauta de ejercicio físico adaptado según clasificación de los pacientes.
- Elaboración de Folletos y carteles informativos
- Sesiones al personal sanitario del Hospital: 1 sesión en octubre el que acudieron todos los Facultativos y MIR del Servicio de Geriatría, Médicos del servicio de Rehabilitación, Fisioterapeutas y enfermería. Pendiente de dar un taller dentro los cursos de formación del Sector I sobre detección de DFH.
- Reuniones del grupo de trabajo de DFH: Se ha formado un equipo interdisciplinar con Médicos Geriatras, Mir de Geriatría, Médico Rehabilitador, enfermería y auxiliares del Servicio de Geriatría y Fisioterapia. Se han realizado 4 reuniones en el año 2018 para la realización del protocolo, carteles y folletos y distribuir las tareas a realizar por cada miembro.
- Se ha realizado una revisión de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría durante los meses de enero a abril 2018 para identificar el porcentaje de pacientes que presentan deterioro funcional durante la hospitalización y al alta y conocer su perfil y factores de riesgo asociados. Se ha observado que el 25 % de nuestros pacientes presenta DFH al alta, con una pérdida funcional de 15 puntos en el índice de Barthel. La estancia media es más prolongada en estos pacientes y se ha asociado con los siguientes factores de riesgo: encamado las primeras 48 horas, delirium y uso de fluidoterapia y sondaje vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El DFH en pacientes ancianos es muy frecuente y se asocia a múltiples complicaciones, deterioro funcional y cognitivo.
Se ha realizado un protocolo de detección de DFH para realizar una intervención mediante ejercicio físico multicomponente con el objetivo de disminuir la pérdida funcional y las complicaciones derivadas.
En nuestro medio se ha observado que es frecuente que los pacientes que ingresan en Geriatría presenten un importante deterioro funcional, por lo que el programa de ejercicio físico mejorará la calidad de vida y la pérdida funcional asociada a un ingreso hospitalario.
El programa se pondrá en marcha a partir del 2019 y consideramos que es necesario continuar con dicho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

proyecto.
Desde diciembre de 2018 no se trabaja con calidad en la atención del paciente anciano en el Servicio de Geriatría con el equipo de enfermería, por circunstancias ajenas al resto de miembros del grupo de trabajo, por lo que no han realizado las tareas en las que tenían que participar, según distribución que se quedó en las reuniones, y se ha llevado a cabo por el resto de miembros (poster y folleto informativo).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/220 ========== ***

Nº de registro: 0220

Título
PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Autores:
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, CAMPOS SANZ ASUNCION, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, SANZ FRANCO ESTHER, GARCES LAPUENTE SARA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los mayores que ingresan en los hospitales en España son 37,8% (INE- 2015). En los hospitales existe gran presión asistencial, burocracia y problemas de comunicación que comprometen la mejoría del anciano.
El anciano fisiologicamente presenta modificaciones en la composición corporal, en piel, en sistema musculo-esquelético, etc que predisponen a sufrir complicaciones, pluripatología, polifarmacia con mayor deterioro funcional y cognoscitivo
Los mayores necesitan una especial atención en los cuidados hospitalarios.
CONCEPTOS:
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Durante el ingreso será posible la recuperación funcional adoptando medidas adecuadas.
-DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario y sí desde atención primaria.
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL
(DFH GLOBA)L: suma del deterioro funcional prehospitalario
y DFH.
PREVALENCIA:
Gran variabilidad según los trabajos consultados, población estudiada, metodología o unidad hospitalaria valorada siendo de 70, 6% a 88%
FISIOPATOLOGÍA DEL DFH:
El DFH se debe a los cambios del envejecimiento mencionados previamente y a los factores asociados a la hospitalización como disminución de la movilidad, aislamiento social, dietas restrictivas, uso de catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia.
FACTORES DE RIESGO:
Favorecedores de este DESACONDICIONAMIENTO son: MODIFICABLES: inmovilidad, delirium, polifaramcia, rutinas hospitalarias clásicas
NO MODIFICABLES: edad, deterioro funcional previo, deterioro cognitivo.
CONSECUENCIAS DFH:
El DESACONDICIONAMIENTO hospitalario conlleva a peor evolución clínica, mayor numero complicaciones (caídas, delirium, deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones). Aumentando los recursos sanitarios y mortalidad: 41% al año del alta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

RESULTADOS ESPERADOS
1ª)IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.
Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO DE DFH utilizando herramientas de screening y se elaborarán CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
2ª)INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN con la elaboración de un PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO de forma individual al paciente anciano
3ª)IMPLICAR a todos los profesionales sanitarios y familiares mediante la elaboración de:
- FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO
- CARTELES
Los resultados que se esperan obtener es mejoría en las actividades de la vida diaria básicas y secundariamente estabilización clínica, menor complicaciones, menor mortalidad
Cooperan los Servicios de Geriatría y Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO
PLAN DE COMUNICACIÓN con el resto del personal sanitario y familias se realizarán:
-Sesiones informativas: en las reuniones y/o sesiones que a su vez tienen lugar dentro de cada servicio y/o unidad: rehabilitación, geriatría, enfermería, fisioterapia.
-Talleres a las familias.
-Folleto en formato tríptico y carteles
B- REUNIONES DE EQUIPO se fijaran cada 2 meses
C-RECURSOS MATERIALES se utilizaran Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del pasillo de Geriatría B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias

INDICADORES
-Número pacientes de riesgo de DFH / número total de pacientes ingresados
-Ganancia funcional absoluta=IBA (Índice Barthel al alta)-IBI (Índice de Barthel al ingreso). Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos
-Eficiencia: IBA-IBI/estancia. Siendo una actividad rehabilitadora moderada: > 0,5 e intensa: >1.
-Nº asistentes personal sanitario de rehabilitación / nº total de personal sanitario adjudicado a rehabilitación
-Nº asistentes personal sanitario de geriatría / nº total de personal sanitario adjudicado a geriatría.
-Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
- Abril-Septiembre 2018 :
+Diseño del PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO
+ Elaboración de FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO-CARTELES
-PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS
-De Septiembre -Octubre 2018:
+ Difusión PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN Y DEL PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO
-A partir Octubre 2018:
Ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARI SANZ GENOVEVA
MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ
HELLIN GRACIA MARIA JESUS
GASPAR RUZ MARIA LUISA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Historia del Proyecto:
El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, está expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo.
En nuestro Servicio ha habido en los últimos años diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como atención a los problemas de deglución (grupo de mejora de Disfagia) o recomendaciones para la movilidad a los cuidadores de pacientes con fracturas de cadera o ictus (Fisioterapia Servicio de Rehabilitación).
En la “Consulta del cuidador” ubicada en las consultas externas del Servicio de Geriatría, dependiente de una enfermera experta en la atención a pacientes con demencia, se realiza asesoramiento a las familias cuidadoras sobre diversos aspectos de la enfermedad y su manejo.
En el año 2014 se formó en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza) un grupo multidisciplinar de “Apoyo al cuidador” concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversos proyectos de mejora para cuidadores informales (familias o cuidadores profesionales):
-2015 “Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización”.
-2016-2017 “Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo”.

El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo “Cuidando al que cuida” mediante dos iniciativas complementarias:
1 Continuar formando a cuidadores informales:

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han realizado dos “talleres de formación” en abril y noviembre de 2018 con buenos resultados en asistencia y en encuestas de satisfacción. Los asistentes han sido familiares y cuidadores profesionales de pacientes ingresados en los S de Medicina Interna y Geriatría del Hospital y de consultas externas de geriatría (consulta de Apoyo al cuidador). Los temas a tratar han sido los mismos de la edición anterior, aumentando el contenido de algunos de ellos como las complicaciones del Sd Inmovilidad. Han sido talleres eminentemente prácticos donde los cuidadores han podido desde hacer una cama, asear o levantar a un paciente que no colabora, preparar espesantes o resolver sus múltiples dudas en el mundo de las demencias, entre otras cosas.
Se ha preparado y entregado las presentaciones en formato Power point y material gráfico escrito a los asistentes.

Ha habido una alta participación en los cursos con una media de 25 participantes en cada taller con predominio de cuidadores profesionales. Algunos de ellos han solicitado volver a acudir a próximas ediciones.
Se han realizado evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción con resultados muy positivos 100%
Preguntas planteadas:
¿Le ha parecido interesante el tema tratado? 100% responden si
¿Le ha parecido útil? 100% responden si
¿La exposición ha sido sencilla? 100% responden si
¿Lo recomendaría a otro cuidador? 100% responden si

2 En 2018 nos planteamos Formar a profesionales sanitarios (diplomados de enfermería y auxiliares de enfermería), en aspectos relacionados con la atención al anciano, para qué a su vez, puedan “dar formación” a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosas dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector I se ha realizado en mayo de 2018 el Curso del SALUD: “Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias”, dirigido a Diplomados de enfermería y Auxiliares de enfermería. Ha sido acreditado por la Comisión de Formación continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón, del departamento de sanidad del Gobierno de Aragón.
Sus objetivos específicos fueron:
Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia.
Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.
Número de asistentes: 20.
Encuestas de satisfacción remitidos por la coordinadora de formación del sector:
Valoración general del curso: Puntuación global: 8,71 (Grado de satisfacción: 9,15, aspectos organizativos 8,05, contenido de actividad: 8,61).
Valoración del profesorado: Entre 8.47-9,20

Duración y calendarios realizados
1. Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018/abril 2018.
2. Talleres formación personal del SALUD: mayo 2018.
3. Tercera sesión formación a familiares: noviembre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados conseguidos
-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.
-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

Método y actividades realizadas
-Formación y mantenimiento del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital. En el año 2018 se ha incorporado una nueva enfermera del hospital.

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 ediciones, en abril y noviembre de 2018).
-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, realizado en mayo de 2018.
Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

Indicadores: evaluación y seguimiento
-Número de cuidadores informales que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100: Número de asistentes: 24 asistentes por curso. 100% resultado satisfactorio.

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100: 20 asistentes. 100% satisfacción > 8,4/10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Objetivos: 2019:
Continuidad de las dos ediciones de los dos tipos de talleres. El equipo de mejora está satisfecho con los resultados de esta edición de Talleres de apoyo al cuidador del paciente geriátrico con su alta participación y con los buenos resultados en las encuestas de satisfacción de los participantes.
Se considera finalizado el Proyecto de Calidad pero se continuará desarrollando en los próximos años de forma normalizada en el Hospital Nstra Sra de Gracia de Zaragoza dentro de las actividades habituales del Servicio de Geriatría/Hospital.

7. OBSERVACIONES.
Fue considerado por la Unidad de Calidad como continuación del Proyecto 2016/2017: Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo.
Miembros del equipo de trabajo 2016/2017:
Genoveva Labari Sanz. Enfermera enlace, Beatriz Monterde Hernández. Nutricionista . M Jesús Hellín Gracia. Enfermera Responsable de consulta cuidador S. Geriatria, Maria Luisa Gaspar Ruz. Terapeuta ocupacional Marta González Eizaguirre*. Residente geriatría MIR 4, Carmen Deza Pérez*. Residente geriatría MIR 4, Ignacio Ferrando Lacarte* Residente geriatría MIR 4 (*no están en proyecto 2018) .
Ruego sea entregado tambien en correspondiente certificado a los miembros del equipo de trabajo de esta edición
Muchas gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2018/384 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

***

Nº de registro: 0384

Título
CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, LABARI SANZ GENOVEVA, MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ, HELLIN GRACIA MARIA JESUS, GASPAR RUZ MARIA LUISA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologia cronica del anciano
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Problema u oportunidades de mejora seleccionada
En el año 2014 se formó un grupo multidisciplinar de “Apoyo al cuidador” concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversas proyectos de mejora. El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo “Cuidando al que cuida” mediante dos iniciativas complementarias:

1 Formar al cuidador principal del paciente mayor tanto familiares directos como profesionales.
El cuidador habitual del paciente que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga de trabajo físico y estrés emocional. En nuestro servicio ha habido diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como los problemas de deglución o de movilidad en fracturas de cadera o ictus. En la “consulta de enfermería del cuidador” se realiza asesoramiento a las familias sobre diversos aspectos de la demencia.
En los dos últimos años y dentro de las iniciativas de mejora de la Calidad del SALUD se ha desarrollado Proyectos de calidad en esta línea:

-2015 “Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización”.

-2016-2017 “Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo”.

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han organizado tres “Talleres de formación” con buenos resultados en encuestas de satisfaccion:
- Taller de Recomendaciones en alimentación y Disfagia.
- Taller de Movilización del paciente geriátrico.
- Taller de Demencia y manejo de problemas de conducta.

2 Formar a profesionales sanitarios en aspectos relacionados con la atención al anciano, para a su vez, puedan “dar formación” a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosos dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector se van a realizar, el Curso: “Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias”, dirigido a Diplomados de enfermería, Auxiliares de enfermería, Terapeutas ocupacionales y Logopedas.
Objetivos específicos:
-Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia. Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se espera conseguir
-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.
-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

MÉTODO
Método y actividades para mejorar
-Formación del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 o 3 ediciones, la primera en abril de 2018).
-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, con fecha prevista en mayo de 2018.
Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

INDICADORES
Indicadores: evaluación y seguimiento
-Número de cuidadores que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100

DURACIÓN
Duracion y calendarios previstos
1.Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018.
2.Talleres formación personal del SALUD: Segundo trimestre 2018.
3.Tercera sesión formación a familiares: Tercer trimestre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR OCHOA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA ERESA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. ESTUDIO DE PORCENTAJE DE PACIENTES DE DELIRIUM DURANTE EL INGRESO Y FACTORES ASOCIADOS (en muestra seleccionada y excluyendo fallecidos)
2. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS INGRESOS
3. INICIO DE IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Resultado del estudio 15 enero-15 abril 2018 (3 meses):
Porcentaje de personas con delirium durante el ingreso: 23.62%, edad media 87.73 años, mayor porcentaje de delirium en mujeres (en 56.5% de ellas), con diagnóstico de demencia el 21.7%, y con una estancia media de 12.07 días. Su comorbilidad era alta con una media deI índice de Charlson de 2.65 (R 0-11). Un 80.4% de ellos con polifarmacia (más de 6 fármacos)
Comparados los pacientes con delirium con el resto de ingresados: Los pacientes que tiene delirium tienen mayor pérdida funcional, mayor polifarmacia y una estancia media que supera los 12 días.
2. Elaboración de un protocolo:
Se ha empezado a elaborar el protocolo, una vez detectados lo factores de riesgo más frecuentes con medidas generales y particulares hacia los pacientes de mayor riesgo
3. Implantación de medidas:
3.1. Resolución de los problemas de retención de orina con sondaje evacuador preferentemente, no sondaje permanente.
3.2. Revisión de fármacos y retirada de los no indicados. Especial vigilancia en la retirada escalonada de psicofármacos para evitar abstinencia.
3.3. Control de dolor adecuado, con utilización de escalas para el dolor (pendiente implantar escalas para paciente con demencia) y prescripción de fármacos con evaluación diaria del control y ajuste de la prescripción.
3.4. Vigilancia de parches de parches de analgésicos mayores, para sustituirlo si hubiera pérdida accidental y detectar la duplicidad de parches.
3.5. Colocación de calendarios y reloj en las habitaciones (calendarios elaborados, falta la colocación en las habitaciones, falta incluir reloj).
3.6. Explicar a familiares y cuidadores la importancia del acompañamiento en las primeras 24 h (pendiente elaborar una hija informativa para dejar en cada habitación)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El porcentaje de delirium en el servicio de geriatría es alto y hay peor pronóstico en estos pacientes, con mayor estancia media y mayor polimedicación.
Se quiere mejorar las cifras con implantación de medidas de prevención de delirium, ambientales y asistenciales.
Se está trabajando en la elaboración de un protocolo y se quiere mejorar la información a familiares y cuidadores.
Se recomienda seguir trabajando en esta línea para mejorar el pronóstico y la calidad asistencial en los pacientes con delirium en el Servicio de Geriatría.

7. OBSERVACIONES.
Queda pendiente finalizar la implantación de medidas
Queda pendiente la redacción del protocolo
Queda pendiente la segunda evaluación:
- % de delirium durante ingreso
- % de polifarmacia en pacientes con delirium
- % de perdida funcional en pacientes con delirium
- Estancia media en pacientes con delirium
- % de medidas de prevención implantadas

Previsto seguir en 2019.
Nota: Una de las componentes del equipo, cambio de Servicio, y voluntariamente dejó este equipo de mejora. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

vez de 8 miembros lo componen 7.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/457 ========== ***

Nº de registro: 0457

Título
IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
OCHOA CALVO MARIA PILAR, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PEREZ MILLA MARIA ANGELES, FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE, OLARTE MOLINERO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología que ingrese en el servicio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La prevalencia de delirium en ancianos hospitalizados es alta, pudiendo llegar a ser mayor de 50%. Este cuadro se asocia con un empeoramiento del pronóstico, en muchas ocasiones prolonga la estancia, empora la función y puede asociarse a más mortalidad; además requiere utilizar fármacos potencialmente dañinos y más asistencia del personal de enfermería.
La prevención puede ser la estrategia más efectiva para disminuir su frecuencia y sus complicaciones. Las medidas de prevención pueden ser farmacológicas pero también no farmacológicas. Hay evidencia actual que apoya la implementación de medidas no farmacológicas de forma sistemática, como una medida fácil y eficaz además de costo-efectivas. Esta evidencia no es tan alta para las medidas farmacológicas.
La situación en el servicio de geriatría es de ingresos de pacientes en fase aguda que con frecuencia sufren delirium durante la hospitalización. En torno a un 30-40% de los episodios de delirium pueden prevenirse con medidas no farmacológicas con intervenciones dirigidas al cuidado del anciano hospitalizado siguiendo protocolos de detección precoz y con plan de cuidados preventivos.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.
Incorporar medidas de fácil aplicación en la rutina de los cuidados de auxiliares y enfermeras.
Disminuir el número de psicofármacos pautados de urgencia
Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.

MÉTODO
1. Identificar pacientes con alto riesgo de delirium en las 24 h primeras del ingreso
2. Poner en marcha medidas sistemáticas para prevenir aparición de delirium
a. Para este primer año se harán:
i. Crear un medio ambiente apropiado. Luz, temperatura, calendario, reloj
ii. Comunicación verbal con frases cortas, tranquilizadoras.
iii. Favorecer el silencio nocturno y el descanso, evitando acciones por la noche no necesarias.
iv. Corregir estreñimientos o retención de orina, antes de llegar la noche
v. Buen control del dolor

INDICADORES
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con diagnóstico de delirium. Indicador % de delirium/ semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con medicación condicional administrada durante la noche. Indicador % de pacientes que han sido medicados/semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

Se recogerán durante dos meses las medidas implantadas de prevención. Indicador: % de medidas preventivas cumplimentadas. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

DURACIÓN
Año 2018- 2019: 12 meses
Implantación de medidas:
Elaboración de un protocolo e implementación en planta: durante 4 meses primeros.
Pasados estos 4 meses, se evaluara si se cumplen las medidas en un día de evaluación en dos ocasiones durante el año
Recogida de datos:
Se recogerán datos en un periodo de 2 meses. Todos los ingresos realizados en esos 2 meses.
Se repetirá 4 veces en el año, de forma que estarán valorados los ingresos durante 8 meses no correlativos.
Datos a recoger: edad, sexo, diagnóstico demencia, infección, retención urinaria, impactación fecal, dolor, problemas de oxígeno, hidratación, nutrición, medidas ambientales adecuadas, intervención sanitaria evitable en horas de descanso, psicofármacos pautados de urgencia.
Calendario:
Implantación los 4 primeros meses
Evaluación los meses: 1-2, 4-5, 7-8 y 10-11

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ORDOVAS TERESA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLESTERO DELGADO SILVIA
SANZ FRANCO ESTHER
CONCEJERO PARDOS ROSA
FELEZ RODRIGUEZ ESTHER
HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Abril 2018: Detección del problema. Detectamos que existe en el personal de nueva incorporación, sustitutos y de prácticas una clara falta de información respecto al funcionamiento y las normas básicas de la Unidad, así como las tareas y actividades de enfermaría en el servicio de Geriatría.
-Tras la detección del problema se plantea la creación del grupo de trabajo para abordarlo. Reunión de equipo para consensuar criterios.
-Reparto de tareas: Cada miembro del equipo de trabajo se ocupa de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la Unidad para, una vez revisado incluirlo en la guía de cronografía.
Mayo 2018: Una vez finalizada la guía se presenta y entrega al resto de enfermeros del servicio, estudiantes en prácticas y al nuevo personal que llega a la unidad.
Junio 2018: Reunión de equipo. Se decide elaborar una encuesta de valoración. Diseñamos una encuesta corta que monitorice los objetivos principales: alcance de la guía y si sus contenidos son adecuados y resultan útiles.
Junio-Septiembre-Enero 2019: Recogida de datos mediante encuesta y análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos a conseguir son:
• Proporcionar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge todas las tareas a realizar por enfermería en cada momento.
• Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.
• Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad
• Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera
• Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.
• Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo.
Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto usaremos los siguientes indicadores:
Indicadores de estructura:
-Realizaremos un control de dos protocolos que se desarrollan en la guía de cronografía:
* La revisión mensual del carro de RCP: según nuestro protocolo debe realizarse una revisión mensual del carro de paradas de la Unidad en el turno de noche del primer sábado de cada mes y debe quedar registrado. Comprobamos que está correctamente realizado y registrado en los últimos 6 meses
* El registro de heridas y UPP de las gráficas de Enfermería: Dada la elevada incidencia de UPP en el paciente geriátrico, la prevención y tratamiento de las mismas son de suma importancia.
Valoramos la correcta detección, seguimiento y registro de las UPP desde el ingreso hasta el alta hospitalaria reflejada en las Hojas de Registro y Seguimiento de UPP mediante una auditoría realizada un día al azar sin previo aviso en la Unidad.
Indicadores de proceso:
-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.
Indicador de resultado:
-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.
-Fuentes y método de recogida de datos:
Se realiza encuesta directa al personal que ha recibido la guía. Esta encuesta incluye las siguientes preguntas cerradas (respuesta Sí o No):
• ¿han leído la guía?
• La información proporcionada por la guía, ¿te ha sido de utilidad?

-Resultados alcanzados e impacto del proyecto:
• Registro de la revisión del carro de paradas: 66%
• El registro correcto de heridas y UPP de las gráficas de enfermería:100%
• Número total de enfermeros/as encuestados: 12
• Enfermeros/as que lo han leído: 12
• Enfermeros/as que les ha resultado útil la guía en el desempeño de sus funciones en la unidad: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

REVISIÓN MENSUAL DEL CARRO DE PARADAS:
En el mes de Enero de 2019 hemos valorado si se ha realizado la revisión mensual del carro de paradas en los últimos 6 meses. Para ello comprobamos que el registro de revisión del carro estuviera cumplimentado. En este registro consta; la fecha de apertura, el número de sellado, los nombres y firmas de los enfermeros que lo revisaron y los materiales o fármacos que cambiaron por su próxima caducidad. Los resultados se detallan a continuación:
* Mes de agosto: Se revisó
* Mes de septiembre: No consta que se revisara
* Mes de octubre: Se revisó en la fecha prevista y se abrió 2 veces en caso de urgencia
* Mes de noviembre: Se revisó
* Mes de diciembre: No consta que se revisara
* Mes de enero: Se revisó
En un 33´33% no consta que se revisara, frente al 66´66% que sí se revisó.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE CURAS DE HERIDAS Y REGISTRO DE UPP:
Durante el ingreso todos los pacientes son valorados con la escala de Norton (prevención de UPP) y clasificados en dos grupos según su puntuación:
.Cartel con su nombre en cartulina verde(Norton>14: Riesgo mínimo o sin riesgo
.Cartel con su nombre en cartulina amarilla(Norton<14): Riesgo muy alto, alto o medio. Estos pacientes duermen sobre colchón de aire desde el ingreso. Se les aplica AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados) durante el aseo y al acostar en las zonas de presión y se les colocan taloneras y/o calcetines para prevenir las ulceras en talones.
Todos los pacientes tienen su cartel con el nombre en la cabecera de la cama y el Norton se refleja en la valoración de Enfermería, en la gráfica de enfermería, en el libro de ingresos y en la hoja de registro de UPP (la mayoría extrahospitalarias)
Cuando un paciente presenta al ingreso una UPP o una herida (extrahospitalarias) se valora y se cura por parte de la enfermera y se abre una hoja de UPP o una hoja de curas. Del mismo modo, si aparece una UPP o una herida Intrahospitalaria también se cumplimentará..
El uso de estos registros y su correcta cumplimentación, lo hemos elegido como indicador de que el personal nuevo y antiguo conoce los protocolos que se recogen en el manual de actividades de enfermería de nuestro servicio
Para ello realizamos una auditoria el día 9 de febrero del 2019, sin previo aviso al personal de la planta. En este día había un total de 29 camas ocupadas sobre las 39 camas disponibles de la unidad de geriatría.
De los 29 pacientes ingresados: * 3 pacientes presentaban heridas y las tres gráficas de enfermería recogían su correspondiente hoja de heridas con la localización-descripción de la herida, el tipo de cura y el último día de la cura:
204-1: Cura de herida mastectomía
209-2: Scalp en ambas extremidades superiores
211-1: Scalp en extremidad inferior dcha
* EL paciente de la habitación 220-2 presentaba una UPP en glúteo derecho (grado II) y UPP en glúteo izquierdo (grado IV) y heridas de tipo scalp en ambas EEII. En su carpeta de enfermería se recogía tanto el registro de UPP como el registro de heridas, los dos debidamente cumplimentados
* 9 pacientes presentaban UPP y en todos los casos estaba recogida y bien cumplimentada el registro de UPP:
205-2: UPP en espalda (grado I)
206-1: UPP en talón dcho (grado II) y talón izquierdo (gradoII)
208-1: UPP en talón izquierdo (grado II) y sacro (grado II)
210-2: UPP en espalda (grado I). INTRAHOSPITALARIA
212-2: UPP en sacro (grado I)
214-2: UPP en sacro (grado I)
215-2: UPP en maléolo izquierdo (grado I)
219-1: UPP en sacro (grado II)
220-1: UPP en maléolo izquierdo (grado III)
* El paciente de la habitación 203 presentaba ulceras vasculares en ambas EEII y tenía recogido y cumplimentado su seguimiento en el registro de Ulceras
Concluyendo:
4 pacientes de los 29 pacientes ingresados presentaban heridas y los 4 tenían recogido y cumplimentado el registro de hojas de heridas (100%)
11 pacientes presentaban ulceras (10 UPP y 1 de tipo vascular) y los 11 pacientes tenían recogidas y cumplimentadas las correspondientes hojas de registro. (100%).
Con estos resultados deducimos que la guía cronológica alcanza los objetivos planteados en este proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.
Revision periódica de la Cronografia así como monitorización de su eficacia

*** ========== Resumen del proyecto 2018/847 ========== ***

Nº de registro: 0847

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Título
GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
ORDOVAS TERESA MARIA JOSE, BALLESTERO DELGADO SILVIA, SANZ FRANCO ESTHER, CONCEJERO PARDOS ROSA, FELEZ RODRIGUEZ ESTHER, HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfocado al personal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atención continuada al paciente anciano es el pilar fundamental de la intervención enfermera, cuya pertinencia debe ser valorada constantemente para evitar realizar intervenciones puntuales o finalizadas precózmente sin un seguimiento oportuno y necesario, que son contraproducentes.

Ante la incorporación de personal nuevo con relativa frecuencia en la unidad de Geriatría, vemos necesaria la elaboración de una guía de cronograma y tareas de enfermería, que facilite la labor de dichos profesionales desde el primer momento, y que sirva como herramienta de trabajo que unifique la manera de llevar a cabo los cuidados propios de la enfermería, ya que en dicha guía se detallan la cronografía y tareas a realizar en cada momento.

Esta guía también se entregará a los estudiantes de enfermeria en prácticas en la unidad de Geriatría, al resto de la plantilla de enfermeras y a las compañeras del pool.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aclarar información al nuevo personal tras su reciente incorporación: estructura física de la unidad, estructura del personal, de turnos, lencería/vestuarios, herramientas informáticas disponibles, etc.

-Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo

-Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro, para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad

-Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

-Facilitar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge puntualmente las tareas a realizar por enfermería en cada momento.

-Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.

-Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

MÉTODO
Para la elaboración de la guía de cronograma y tareas, serán precisas varias reuniones de equipo quincenales en las cuales pondremos en común las partes trabajadas.

Cada miembro del equipo de trabajo se ocupará de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la unidad y el resto lo complementará.

Esta guía, una vez finalizada, se presentará y entregará al resto de enfermeros del servicio, enfermeros en prácticas y al nuevo personal que llegue a la unidad.

Contaremos con los recursos materiales que nos ofrece el servicio, tales como ordenador, acceso a la red, carros de curas, de parada cardiorrespiratoria, farmacia, etc.

INDICADORES
Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto los Indicadores que usaremos serán:

Indicadores de estructura:

-Realizaremos un control de los protocolos que se desarrollan en el manual (como la revisión mensual del carro de RCP cada primer sábado de mes o el registro de heridas y UPP).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Indicadores de proceso:

-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.

Indicador de resultados:

-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas, previo a su marcha, que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.

DURACIÓN
Dado que el nuevo personal se incorpora en junio, marcamos nuestro proyecto para esa fecha, iniciándolo desde este momento, y finalizando el proyecto a finales de noviembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA SANJUAN BARCELONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLARTE MOLINERO ANA
GARCIA NARVAIZ CRISTINA
SANZ FRANCO ESTHER
OCHOA CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La presente memoria va a reflejar nuestro primer año de andadura dentro de este proyecto, llevado a cabo en el Servicio de Geriatría del Hospital Ntra. Sra. de Gracia.
Los objetivos fundamentales que han conducido el desarrollo de nuestra actividad durante el año 2018 han estado encaminados a conseguir:
Por un lado, formación del propio equipo, para ello nos comprometimos a tener un primer contacto e ir informándonos sobre
- Legislación: LOPD 1999 y RD 2007
- Información Reglamento de UE Mayo 2018 y Power sobre los principios y derechos del reglamento.
- Ley de Autonomía del paciente 41/2002
- Protección de datos personales relacionados con la salud y diferente documentación sobre el tema.

Por otro lado, con mayor información/formación, somos --- conscientes que se debe y se pueden mejorar aspectos relacionados con “la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes. Precisamente para abordar estas cuestiones, se fueron recogiendo diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatría y posibles soluciones que hagan de nuestro trabajo, como equipo multidisciplinar, un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos. Quedan recogidas en un archivo de Excel que se van ampliando a lo largo de estos meses y no sólo por parte del equipo, sino que se solicita colaboración de los diferentes colectivos de trabajadores de la unidad, implicando de esta forma en el proyecto al personal sanitario que maneja datos del paciente.
De esta manera, nos queda recogida en una tabla de Excel: Fallos, Efectos, Causas, Acciones recomendadas para evitar el fallo, Responsable, Acciones recomendadas si se ha producido el efecto.
No ponemos escala de valores a los efectos, pues violar la protección de datos de un paciente, supone incumplir la LOPD.
El equipo se ha reunido en el mes de junio y en el mes de noviembre, pero ha tenido numerosa comunicación durante el trabajo y por los diferentes medios de comunicación rápidos y eficaces. El calendario total previsto, se ha cumplido un 71%
Al tratarse de un equipo multidisciplinar, hemos podido hacer un trabajo centrado en los diferentes colectivos de trabajadores. Hemos ido explicando qué objetivo se quiere conseguir con este proyecto, cuáles son nuestras debilidades y qué se podía mejorar a corto y largo plazo.
Está siendo un trabajo minucioso, con la insistencia de cambiar malos hábitos adquiridos, que afectan a la LOPD en nuestra unidad de Geriatría. Por ello es conveniente una formación personalizada, que será ampliada durante el próximo año con encuentros de formación generales.
Hemos constatado que no se le da la importancia que debiera a acciones concretas, que en ocasiones quedan reflejadas en pequeños detalles y que violan la protección de datos del paciente. Por esta razón, vimos conveniente realizar un trabajo que denominamos “del tú a tú”, trabajo diario que prepare al personal para el interés y la formación sobre LOPD. Formación continuada y personalizada. Para ello, hemos considerado diferentes materiales que nos están ayudando al desarrollo del proyecto.
- Se revisó el decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo, presentado en mayo de este año por la Agencia española de protección de Datos. Se valoró la importancia de darlo a conocer, imprimirlo y colocarlo en diferentes áreas de trabajo. Ha sido bien aceptado y es un buen recordatorio de la normativa actual en el campo de la salud.
- Se han colocado numerosos carteles pegados en las paredes de los lugares donde manejamos datos del paciente, junto a las papeleras y lugares de reciclaje de papel, recordándonos la importancia de destruir datos personales del paciente.
- Se ha generado una tabla de Excel con los fallos encontrados sobre LOPD.
- Se ha creado un registro de notificación y otro de incidencias, tanto en papel como digitalizado, que está pendiente de presentar.
- Power Point formativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es cierto que no ponemos escala de valores a los efectos producidos por los fallos encontrados en nuestra unidad, pero tener un registro de ellos, nos ayuda a valorar si los problemas se han resuelto. En la reunión del mes de noviembre constatamos pequeños cambios que se han ido realizando a lo largo de estos meses como:
- Bandeja de médico y celadores puestas hacia dentro del mostrador del control y documentación sin mostrar datos del paciente.
- Se rompen los papeles que contengan información sobre los datos de los pacientes, antes de arrojarlos a la papelera del control de enfermería.
- Se cierra la puerta del control de enfermería que comunica con el pasillo, durante la información en cambio de turno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

- Las historias clínicas no se dejan en el mostrador del control. Ni con el nombre del paciente visible cuando están distribuidas para su manejo.
- En el ámbito del personal sanitario se habla sobre el cuidado de la protección de datos de nuestros pacientes.
- Enfermería cuando está trabajando, tiene mayor cuidado de mostrar los registros de los pacientes.
- Los propios trabajadores solicitan una trituradora de papel en el Control de Enfermería.

Todo esto nos ayuda a valorar el impacto que el proyecto está teniendo. No obstante, somos conscientes que el registro de notificación y el de incidencias, tanto en papel como digitalizado, marcará el mayor método de obtención de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento con los resultados alcanzados hasta el momento, trabajamos sabiendo que inculcar nuevos hábitos, maneras de trabajar para respetar la LOPD, supone esfuerzo y tiempo.
El proyecto no está suponiendo gastos económicos y tendrá a largo plazo un efecto multiplicador, ya que por nuestra unidad pasa numeroso personal que, a su vez rota por otros servicios del hospital, personal que se ve condicionado a cumplir la normativa de la LOPD.
Si seguimos apreciando a lo largo del próximo año un cambio significativo y evaluamos resultados, podemos implantar este proyecto en otras unidades de nuestro Hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/868 ========== ***

Nº de registro: 0868

Título
GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, OLARTE MOLINERO ANA, GARCIA NARVAIZ CRISTINA, SANZ FRANCO ESTHER, OCHOA CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Datos del paciente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: LOPD vigente

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

PROBLEMA
La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 1720/2007, de 21/XII, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada LOPD, junto como el nuevo Reglamento de la UE del 25 de Mayo de 2018 sobre LOPD, son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal. El objeto de la ley es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde nuestro servicio de Geriatría sentimos la necesidad de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes velando por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación" (art. 37.1 a).
El proyecto se realizaría dentro de nuestro Servicio de Geriatría, teniendo como población Diana todo paciente masculino y femenino ingresado. En el transcurso de su estancia manejamos datos de carácter personal que se realizan en nuestro ámbito hospitalario y estos incluyen datos de salud, considerados datos sensibles o especialmente protegidos y, como tales, tienen un régimen de garantías más reforzado
La voluntad de humanización de nuestro servicio de Geriatría y mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, nos lleva a trabajar de manera especial la protección de Datos, para cumplir en la medida de nuestras posibilidades, la LOPD vigente y así asegurara la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

MÉTODO
- Constituir un grupo que ayude a la implantación y seguimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Estará formado por un equipo multidisciplinar del Servicio de Geriatría.
- El personal del Servicio de Geriatría tendrá conocimientos de la
? Ley Orgánica 15/1999 de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)
? Real Decreto 1720/2007, de 21/XII, de Desarrollo de la LOPD
? Nuevo Reglamento Europeo de PD, 25 Mayo 2018
- Desde este conocimiento y sensibilización sobre el tema, se sabrá que se debe y se puede realizar para mejorar aspectos relacionados con la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes.
-Se abrirá un fichero en formato informático y papel, para registrar todas las incidencias relacionadas con el manejo de la LOPD. Dicho fichero se llamara: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS

INDICADORES
El Fichero de: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS, nos servirá para valorar si desde nuestro Servicio de Geriatría ha habido una mejora progresiva respecto al cumplimento de la LOPD. Además para abordar estas cuestiones, se hará una evaluación de la evolución o posible cambio de diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatría, y sus posibles soluciones, (Ver tabla Excel, Quiebras de Seguridad de la LOPD), que hagan de nuestro trabajo como equipo multidisciplinar un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos.

DURACIÓN
Desde Junio del 2018 a junio 2019 se trabajara de forma intensiva en el tratamiento de la mejora de Protección de Datos en nuestra Unidad de Geriatría. Para ello el equipo constituido por todas las categorías laborables que trabajan diariamente con datos de nuestros pacientes/usuarios. Mantendrán diferentes reuniones marcadas en el Cronograma de Actividades y realizara una Evaluación de impacto:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Reuniones Equipo	X	X		X	X	X	X	X				
Formación Personal	X				X							
Evaluación					X		X					

OBSERVACIONES
El servicio de Geriatría cree en la LOPD y por esta razón se desea:
1- Crear un equipo Multidisciplinar de Protección de Datos.
2- Elaborar un registro de actividades.
3- Realizar una evaluación de impacto antes del inicio del tratamiento de datos y al cabo de doce meses.
4- Establecer mecanismos y procedimientos de notificación de quiebras de seguridad y evaluar su impacto en la protección de datos. (Fichero)
5- Adecuar los formularios según el derecho a la información y los datos que debe conocer el usuario como la finalidad de los datos personales, su uso y los derechos que tienen esos datos.
6- Adaptar los mecanismos y procedimientos para el ejercicio de derechos.
7- Valorar si el personal sanitario de Geriatría muestra sensibilización y adaptación a la LOPD.
8- Elaborar o adaptar, según nuestras posibilidades como unidad, una política de privacidad acorde a las condiciones del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos.
9- Formar al personal para que conozcan las características, las responsabilidades y los requisitos que se deben cumplir respecto a la LOPD.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0884

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ESTAUN FERNANDEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTOLES ALFARO AZUCENA
SALDAÑA MILLAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el estudio del proyecto de la Guía, es ofrecida al personal junto con un cuestionario de cinco items, para comprobar utilidad, claridad, grado de satisfacción y sugerencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El análisis de los items demuestran resolución de dudas, explicaciones claras y útiles, es decir logro del objetivo alcanzado con un alto grado de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena experiencia, informar para facilitar el trabajo a través de Herramientas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/884 ========== ***

Nº de registro: 0884

Título
GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, SALDAÑA MILLAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
Para ofrecer una mejor asistencia integral y de eficacia a los pacientes del servicio de Geriatría, es necesario elaborar una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, que ofrezca orientación e información, tanto al profesional del servicio, como al personal que se incorpore al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información al profesional de forma clara y precisa, recogida en la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, tal como: estructura Física de la Unidad, estructura del Personal, de Turnos, Lencería/Vestuarios, Herramientas Informáticas disponibles…
Herramienta a disposición del profesional que ya forma parte del servicio de Geriatría como para el personal que se incorpore, inclusive el personal en prácticas. Disipando cualquier duda existente facilitando el trabajo y procurar una asistencia integral al paciente con eficacia.
Consolidar formación disminuyendo la carga formativa al resto del equipo.
Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

MÉTODO
Se propone para el Proyecto de la elaboración de la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, diferentes reuniones, la primera para reparto de actividad a desarrollar por componente, otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0884

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

para nuevos planteamientos, ajustes, aclarar dudas, preguntas…
Una vez finalizada la Guía, quedara a disposición de quien la precise, ofreciéndola a la recepción del nuevo profesional en el servicio de Geriatría.

INDICADORES
Plan de evaluación sistemática de la eficacia de la Guía, cronograma que muestre momentos y espacios para la evaluación, componentes del equipo evaluador, medios y técnicas a usar para la obtención y recogida de datos por medio de indicadores.
Indicador de Logros: evaluar y lograr, que los pacientes lleven su respectiva pulsera identificativa, al final del proyecto.
Indicador de Actividades: evaluar ejecución, realización, número persona, llevar a cabo la revisión del Carro de Parada cada 1er sábado de mes junto y bajo supervisión de un/a Enfermera.
Indicador de Impacto: evaluar, cambios esperados y deseados, indicadores que permitan conocer el grado de satisfacción del profesional (ajuste de logros, expectativas, satisfacción) a través de encuestas

DURACIÓN
Comenzar el proyecto para la elaboración de una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, en cuanto se nos autorice para ello, estimando un periodo de unos 5 a 6 meses, dado por finalizado el proyecto para Noviembre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRALES CARDENAL JORGE E
MURILLO ERAZO CLAUDIA P
REBOLLAR TORRES ELENA
CONCEJERO PARDOS ROSA
GRACIA MENDOZA DIANA
PORTOLES ALFARO AZUCENA
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo de 2018 un grupo de profesionales que trabajabamos en el servicio de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia nos reunimos y decidimos organizar un grupo de trabajo cuyo objetivo era la mejora en la atención a los pacientes paliativos ingresados en dicha unidad. El grupo está integrado por: 2 FEA de Geriatría, 4 MIR de Geriatría, 6 enfermeras, 1 farmacéutica y 1 TCAE. Contamos con el Apoyo del Responsable de Informática del Hospital.
La finalidad era analizar necesidades y proponer medidas asistenciales y organizativas que influyesen en la calidad de atención. Acordamos elevar actas de nuestras reuniones para confeccionar documentos que elevaríamos a los responsables (Jefe de Servicio y Director del centro) para facilitar la aplicación de las medidas.
El contrato de Gestión del año 2018 planteaba líneas estratégicas de actuación en este campo, lo que motivó la presentación de un proyecto de mejora de calidad el día 25 de mayo de 2018. Lamentablemente las condiciones para la presentación del proyecto limitaba el número de participantes a 8, a pesar de que el grupo de trabajo contaba con más miembros, obligándonos a una selección representativa del grupo principal.
Hemos mantenido reuniones periódicas, y establecimos en diciembre la necesidad de una reunión mensual con una fecha fija periódica (3er miércoles de mes) para el 2019.
Hemos trabajado en la comprensión y capacitación en la escala NecPal de los miembros del grupo. Se ha propuesto a los FEAs del Servicio de Geriatría su inclusión en la historia física del paciente.
El subgrupo de enfermería ha trabajado en una propuesta de manejo de la vía subcutánea. Nuestra intención es presentarla en una futura sesión hospitalaria.
También hemos captado la necesidad de realizar un estudio del uso de opioides menores y mayores en la Unidad Geriatría A y en las camas asignadas en la Unidad Geriatría B (ORTOGERIATRIA y…) que incluya tipo de indicación, fármaco empleado y circuito de dispensación.
A lo largo del tiempo se ha solicitado de forma explícita a las sucesivas Direcciones la necesidad de definir el uso de las camas “polivalentes” de la citada Unidad Geriatría B, previamente a 2011destinadas a Geriatría y con posterioridad a fines variables y de alguna manera ineficiente, y manifestado con periodicidad. Mientras tanto, en función de la disponibilidad, se ha intentado y solo parcialmente conseguido en algunos pacientes, facilitar la atención al final de la vida de manera apropiada en cualquiera de las camas del Servicio bloqueando una de las camas en las habitaciones dobles del servicio que son todas menos una.
Hemos propuesto a la Comisión de Formación del Sector I la realización de dos cursos de Cuidados Paliativos en Geriatría dirigido a profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria (médicos y enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza sesión docente en junio de 2018 para los residentes del servicio de Geriatría.
El día 25 de octubre de 2018 Beatriz Gamboa impartió en el Centro de Salud Picarral una sesión sobre informe de alta específico de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos del Servicio de Geriatría dentro de sus sesiones acreditadas.
Se nos ha concedido la realización de una edición del curso Cuidados Paliativos en Geriatría en mayo de 2019.
Protocolo de manejo de la vía subcutánea en pacientes paliativos en el Servicio de Geriatría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo enriquece los resultados obtenidos. La detección de la necesidad de cuidados paliativos puede emerger en cualquier intervención de cualquier miembro del equipo, manifestada por el paciente o por el cuidador.
La atención al paciente anciano, y particularmente en el anciano paliativo, precisa de una actuación coordinada, donde el grupo, garantiza una ganancia marginal que nadie pone en duda.
La motivación del grupo es elevada. Es imprescindible el reconocimiento explicito de la existencia del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría (GTCPenGER). Pero la obtención de resultados no solo depende de nuestra motivación. Está ligada al compromiso de la administración en la consecución de objetivos, favoreciendo las reuniones y apoyando las medidas de mejora que se recomiendan por parte del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1051 ========== ***

Nº de registro: 1051

Título
CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE E, MURILLO ERAZO CLAUDIA P, REBOLLAR TORRES ELENA, CONCEJERO PARDOS ROSA, GRACIA MENDOZA DIANA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, LARREA GIMENO JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADO PALIATIVO
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los cuidados paliativos ganen mayor importancia. A pesar de ello, existe información limitada sobre las características de los pacientes que son subsidiarios de estos cuidados.

Distintos miembros del servicio de Geriatría (FEA y MIR) y de Informática y Atención Primaria hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud (2015¬_545; 2016_855; 2016_1789). Se ha trabajado en la identificación y la visibilización. En este último caso favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo. En este periodo se produce el cambio de la CIE9 a la CIE10 como instrumento de codificación de las altas hospitalarias. Con ello se produce un cambio en el código de identificación que pasa de V66.7 a Z51.5 (contacto sanitario para cuidados paliativos).

En la comunidad científica se está extendiendo una filosofía de abordaje más longitudinal en las enfermedades crónicas. Esta corriente se traduce en la teoría de los triángulos invertidos, donde en el momento del diagnóstico de enfermedad, todo profesional socio sanitario debe tener en cuenta las necesidades paliativas del paciente, permitiendo una transición fluida desde las expectativas curativas hasta los cuidados de control de síntoma y mantenimiento de la calidad de vida, el respeto a morir dignamente y el abordaje de la espiritualidad y del duelo.

Tras estas reflexiones, y habiendo conocido datos de la magnitud detectada en el servicio de este grupo de pacientes, se propone crear una línea de trabajo y mejora para implementar medidas tanto organizativas como asistenciales. Se constituye un grupo interprofesional constituido por FEA y MIR de Geriatría, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

RESULTADOS ESPERADOS
- Consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados paliativos en Geriatría en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de cuidados paliativos.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica e individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos.
-Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Emisión de informes de alta específicos (Informes de Alta-Z51.5-CIAP A99) destinados a la difusión de la información en atención primaria.

MÉTODO
-Sesión/sesiones de divulgación de información para trabajadores.
-Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO.
-Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones.
-Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo.
-Definir y dotar de espacios específicos para la correcta atención de la fase de agonía y el abordaje del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

duelo (habitación de uso individual y sala de duelo para familiares).
-Informes de alta formato Z51.5 y difusión en atención primaria.

INDICADORES
-Indicador: Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
-Indicador: Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
-Indicador: Protocolos farmatools realizados o revisados/protocolos farmatools de paciente paliativo existentes. Evaluación: estándar 100% protocolos.
-Indicador: Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilitación de 2 habitaciones.
-Indicador: Informes de alta formato Z51.5. Evaluación: Número de informes/Número de pacientes NECPAL positivos =80%.
-Indicador: Sesiones en atención primaria. Evaluación: mínimo 1.

DURACIÓN
- De 1 de junio de 2018 a 31 de diciembre de 2018: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto, capacitación en el manejo de escala NecPal e implantación de informes de alta.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Año 2019: aplicación de escala NecPal, puesta en marcha de protocolos unificados de actuación farmacológica, puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos.
- Monitorización del proyecto semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN
PEREZ LAYO ANGELES
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
CARRASCO BARAJA VICENTE
MONEVA JORDAN JUAN JOSE
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Hematología del HNSG se ha elaborado un documento informativo tipo que recoge recomendaciones a seguir para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) con heparina de bajo peso molecular (HBPM), que se personaliza con la etiqueta identificativa que del paciente se genera en la consulta (que incluye datos administrativos) y que el hematólogo cumplimenta con el motivo que en cada paciente fundamenta la indicación (diagnóstico o antecedentes) de esta profilaxis de enfermedad tromboembólica con HBPM.
Se elaboró también un cuestionario (encuesta de valoración) para que el paciente valore la hoja informativa sobre profilaxis, mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento (se valorará por la escala Likert)
Estos 2 documentos fueron presentados al Sº Hematología del Hospital Royo Villanova el 3 octubre 2018. La hoja informativa tipo y la encuesta de valoración (para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información en ella recogida) se reparten, ya desde verano de 2018, en la Consulta de Hematología del HNSG a los pacientes candidatos a realizar esta profilaxis. En la Consulta de Hematología del HRV esta actividad se ha comenzado en noviembre de 2018.
Observamos que la cumplimentación por parte del paciente de la encuesta de valoración no se podía realizar sobre la marcha, porque el paciente no podía valorar de forma adecuada su contenido; por ello se solicitó al paciente que la cumplimentaran en su domicilio y nos ha devolvieran. En muchos casos aún no se ha producido esta devolución, por lo que estos pacientes están siendo contactados por enfermería para recogerla

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados:
- Se ha cumplimentado el calendario con la realización de las 6 reuniones previstas en el proyecto:
o 8 mayo 2018: reunión para concretar el proyecto
o 1 junio 2018: primera reunión para redacción de la hoja tipo informativa
o 16 julio 2018: primera reunión para redacción de encuesta de valoración
o 20 julio 2018: reunión para iniciar difusión de los documentos en la Cta Hematología del HNSG
o 3 octubre 2018: reunión para presentar la hoja tipo informativa y la encuesta de valoración a los hematólogos del HRV
o 10 enero 2019: reunión para la elaboración de esta memoria

- Se han elaborado los 2 documentos: hoja tipo informativa “Recomendaciones para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa” y encuesta para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información contenida en la misma.
- Distribución del material: ya se ha iniciado la distribución de la hoja informativa y la encuesta de valoración desde la Consulta de Hematología de los 2 hospitales del Sector I (HRV y HNSG). Se ha repartido este material a un total de 53 pacientes.
Evaluación:
Se repartieron las hojas (la informativa sobre profilaxis de ETEV con HBPM y la encuesta de valoración de esta información) a un total de 53. Hasta el momento actual sólo 23 pacientes han devuelto la encuesta de valoración cumplimentada. Enfermería está contactando con el resto de pacientes para que la cumplimenten y nos la hagan llegar.
De las 23 encuestas de valoración recibidas: resultado de 3 en 1; resultado de 4 en 9; resultado de 5 en 13 de las encuestas.
Indicadores:
- Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas 6/ nº reuniones previstas 6 = 100%; (conseguido)
- Elaboración de documentos: nº documentos elaborados 2/ nº documentos elaborados previstos 2 = 1; (conseguido)
- Distribución del material:
o Nº centros hospitalarios del Sector en los que se han distribuido los documentos 2 / 2 hospitales Sector I = 1; (conseguido)
o Cuestionarios de Likert cumplimentados: 23 obtenidos/50 teóricos previstos; (objetivo no conseguido). En este punto se están intentando recoger mas encuestas cumplimentadas
- Valoración del documento por los pacientes: encuestas con valoración 4 ó 5 = 22 (22/23 cumplimentadas); (conseguido)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Aún estamos pendientes recibir más encuestas de valoración de la información contenida en la hoja tipo informativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Prevenir la aparición de la ETEV en los pacientes de riesgo comienza por hacer a este grupo de pacientes conocedores de su situación y darles pautas sencillas que puedan seguir; además un documento como esta hoja informativa sobre profilaxis la pueden hacer llegar a sus médicos cuando tengan que consultar por cualquier motivo.
En próximos trabajos el diseño incluirá que las encuestas de valoración se cumplimenten en el domicilio, y se contactará con los pacientes para recordarles que la cumplimenten y que nos la hagan llegar.

7. OBSERVACIONES.
Valoramos la posibilidad de enviar esta hoja informativa para profilaxis de ETEV con HBPM al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/474 ========== ***

Nº de registro: 0474

Título
RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Autores:
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, PEREZ LAYO ANGELES, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, CARRASCO BARAJA VICENTE, MONEVA JORDAN JUAN JOSE, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El impacto de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es muy elevado, tanto por su prevalencia, como por la morbi-mortalidad que conlleva y por los recursos socio-sanitarios que precisa para su tratamiento y resolución.
A pesar de la aparición de documentos de consenso y guías nacionales e internacionales (entre ellas las de la ACCP1,2) de optimización de su manejo y la realización de estudios de hipercoagulabilidad y trombofilia aconsejados en casos seleccionados, no se percibe que el número de casos de ETEV esté disminuyendo entre los pacientes no quirúrgicos.
En lo que sí coinciden las guías es en la importancia de la profilaxis de ETEV con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) ante numerosas técnicas y pacientes quirúrgicos.
Actualmente, con los estudios habituales, hasta en el 50% de pacientes con ETEV no encontramos una causa que propicie la trombosis. Es en estos pacientes, en los que la valoración del contexto familiar de ETEV (especialmente en parientes de primer grado) tiene gran importancia; aunque este dato muchas veces no se valora suficientemente. En estos casos de historia familiar significativa también es importante realizar profilaxis de ETEV aunque el estudio haya resultado negativo.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Concienciar al paciente y a sus médicos de la importancia de realizar profilaxis de ETEV con HBPM en determinadas situaciones (no siempre relacionadas con la cirugía) en pacientes con historia familiar significativa y/o personal de ETEV, incluso para situaciones de la vida del paciente en las que no precise acudir al hospital (inmovilización, viajes en avión, gestación…).

Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Mejorar la calidad de vida del paciente
Disminuir las complicaciones relacionadas con su la aparición de ETEV

MÉTODO
Elaborar un documento informativo personalizado (con nombre y datos clínicos relacionados con antecedentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

personales/familiares de ETEV) que se facilitará y explicará a los pacientes que acuden a Consulta de Hematología de los hospitales del Sector I y que han sido remitidos por antecedentes personales o familiares significativos de ETEV.
Una vez conocida la existencia de esta hoja informativa, podrá ser utilizada en otras consultas médicas, si así lo desean los facultativos.

INDICADORES
Evaluación:
Este documento informativo será evaluada por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento; se valorarán por la escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, en orden descendente, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información recibida.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario, para que la cumplimenten y la entreguen al concluir la consulta.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº documentos realizados; objetivo =1
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- Cuestionarios de Likert cumplimentados: objetivo =50
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más relevantes a incluir en el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (responsable del proyecto) y comienzo de la distribución a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (responsable del proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA
1. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD and Schüünemann HJ. Antitrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST. 2012 February; 141(2 suppl):S7-47. PMCID: PMC 3278060
2. Kearon C, Elle A, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease. CHEST Guideline and expert panel report. CHEST 2016;149:315-352.
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Finalizada la elaboración de los dos trípticos (uno para los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K y otros para los pacientes tratados con anticoagulantes de nueva generación) con la información seleccionada en la reunión inicial, comenzamos su entrega del material del 10 de Septiembre al 10 de Diciembre de 2018 a los pacientes anticoagulados que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.
Resaltar que las reuniones fijadas (6 en el planteamiento inicial) se realizaron en el plazo establecido. No obstante, consideramos fijar 2 jornadas extra (una para la creación del cuestionario tipo de “evaluación del material” en Julio de 2018, y otra para “evaluación y áreas de mejora”, de Septiembre-Diciembre 2018.
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo)
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: creación del cuestionario de evaluación
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018 (2 sesiones): evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cuestionario elaborado para la evaluación del material, incluyó tanto variables demográficas como los siguientes ítems:
¿La información me ha resultado útil?
¿El contenido me parece adecuado?
¿He aprendido aspectos que desconocía sobre mi tratamiento anticoagulante?
¿Me ha resultado fácil comprender la información?
Díganos que cree que deberíamos modificar del folleto para que le resulte más útil
La información fue valorada mediante escala Likert con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo el 5 a muy útil y el 1 nada útil.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: 8 reuniones realizadas/ 6 reuniones previstas; objetivo = 85% (cumplido)
Elaboración del documento: nº trípticos realizados=2 (cumplido)
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (cumplido)
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriatría del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no alcanzado).
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales, de los cuales solo hemos repartido a 42.
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido). El 90% de los pacientes calificaron la información ofrecida como “útil” o “muy útil”, otorgando puntuaciones entre 4-5 a las preguntas formuladas.
Los trípticos informativos y su correspondiente evaluación, fueron distribuidos a los pacientes cuando acudían a los servicios mencionados con anterioridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de adherencia al tratamiento es un obstáculo para mejorar la salud. Debemos plantear un enfoque individual para cada paciente, siendo necesario seguir una estrategia de intervención personalizada. La adherencia terapéutica y la educación sanitaria están estrechamente relacionadas.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a enviar estos trípticos informativos al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/475 ========== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su "comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud"1. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública2.
Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

MÉTODO
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

INDICADORES
Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiópatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Finalizada la elaboración de los dos trípticos (uno para los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K y otros para los pacientes tratados con anticoagulantes de nueva generación) con la información seleccionada en la reunión inicial, comenzamos su entrega del material del 10 de Septiembre al 10 de Diciembre de 2018 a los pacientes anticoagulados que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

Resaltar que las reuniones fijadas (6 en el planteamiento inicial) se realizaron en el plazo establecido. No obstante, consideramos fijar 2 jornadas extra (una para la creación del cuestionario tipo de “evaluación del material” en Julio de 2018, y otra para “evaluación y áreas de mejora”, de Septiembre-Diciembre 2018.

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo)
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: creación del cuestionario de evaluación
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018 (2 sesiones): evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cuestionario elaborado para la evaluación del material, incluyó tanto variables demográficas como los siguientes ítems:

¿La información me ha resultado útil?
¿El contenido me parece adecuado?
¿He aprendido aspectos que desconocía sobre mi tratamiento anticoagulante?
¿Me ha resultado fácil comprender la información?
Díganos que cree que deberíamos modificar del folleto para que le resulte más útil

La información fue valorada mediante escala Likert con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo el 5 a muy útil y el 1 nada útil.

Indicadores:
Cumplimentación del calendario: 8 reuniones realizadas/ 6 reuniones previstas; objetivo = 85% (cumplido)
Elaboración del documento: nº trípticos realizados=2 (cumplido)
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (cumplido)
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriatría del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no alcanzado).

Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales, de los cuales solo hemos repartido a 42.
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido). El 90% de los pacientes calificaron la información ofrecida como “útil” o “muy útil”, otorgando puntuaciones entre 4-5 a las preguntas formuladas.
Los trípticos informativos y su correspondiente evaluación, fueron distribuidos a los pacientes cuando acudían a los servicios mencionados con anterioridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de adherencia al tratamiento es un obstáculo para mejorar la salud. Debemos plantear un enfoque individual para cada paciente, siendo necesario seguir una estrategia de intervención personalizada. La adherencia terapéutica y la educación sanitaria están estrechamente relacionadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

7. OBSERVACIONES.
Vamos a enviar estos trípticos informativos al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/475 ========== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su “comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud”1. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública2.
Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

MÉTODO
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

INDICADORES
Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiópatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ ESCOLANO PAULA
RUIZ VALERO FRANCISCO
FERNANDEZ ABAD NURIA
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
ANDRES ARRIBAS IGNACIO
MIÑANA AMADA CRISTINA
REBOLLAR TORRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2017 creamos un Grupo de Trabajo PROA-Hospital (GT-PROA) y comenzamos a desarrollar distintas actividades.

A.- ACTIVIDADES DE CONSTITUCIÓN DEL PROGRAMA Y GT-PROA:
Es un GT multidisciplinar de once miembros, con participación de clínicos, farmacéuticos, preventivista y microbiólogo. También cuenta con la participación del Director Médico de nuestro hospital como apoyo institucional. Fue aprobado como GT-PROA por la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política de Antibióticos (CIPPA) y como Subcomisión y brazo operativo de ésta en junio de 2017. Inaugurado como GT en octubre 2017.

B.- ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA Y GT-PROA:
Presentación en noviembre de 2017 en:
.- Comisión Clínica de Farmacia Hospitalaria
.- Servicio de Medicina Interna y Servicio de Geriatría

C.- ACTIVIDADES FORMATIVAS:
1.- Cursos de formación y actualización en enfermedades infecciosas de los miembros del GT:
•Curso online liderado por la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica): “La implementación de los PROA en hospitales” 2ª Edición (marzo-septiembre 2018)
•Curso online ZSC-0594/2018 liderado por el GT autonómico-IRASPROA: “Principios y práctica de uso de antibióticos en el hospital” (noviembre-diciembre 2018)
•Curso online “PROA-Críticos” liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias –SEMIYUC- y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria -SEFH, con una duración de 12 meses y en curso en la actualidad.
2.- Curso de Formación Continuada PROA impartido por los miembros del GT:
Curso presencial de 14 jornadas sobre patología infecciosa y antibioterapia. Dirigido a médicos y enfermeras del Sector I y repartidas de marzo a diciembre de 2018. Ha tenido una buena acogida y en la actualidad está pendiente su acreditación por parte de la Unidad Docencia del Sector.

D.- ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS QUE ACTIVA, DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA y DESDE MICROBIOLOGÍA, LA INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN DEL GT-PROA:
Las alertas son las siguientes:
-Bacteriemia (hemocultivo positivo).
-Aislamiento de un microorganismo multirresistente en muestra clínica o de vigilancia epidemiológica.
-Prescripción de un antibiótico de amplio espectro con alto impacto ecológico durante más de cuatro días en plantas de hospitalización.
Las INTERVENCIONES del GT-PROA comenzaron a principios del año 2018 y nos hemos ido incorporando a los distintos Servicios de forma secuencial: Medicina Intensiva (UCI), Servicio de Geriatría y Servicio de Medicina Interna. Se ha pospuesto de momento la inclusión del Servicio de Cirugía General y el de Ginecología en el programa, por falta tiempo material.

E.- REPARTO DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL GT-PROA
1.- Se dispone de un miembro del equipo por Servicio para consultoría, realización de auditorías y registro de dicha actividad.
2.- Se realizan auditorías por alertas ad hoc.
3.- Está prevista la realización de auditorías aleatorias semanales por Servicio, aunque de momento solo se hacen en el Servicio de UCI por falta de recursos humanos.
4.- Desde el Servicio de Farmacia se realizan intervenciones en plantas de hospitalización para paso a terapia secuencial, tanto a través del programa de prescripción electrónica, como por vía directa cuando la situación lo requiere. También se recogen datos de consumo de antibióticos.
5.-Desde el Servicio de Microbiología, en colaboración con clínicos-PROA, se elabora el mapa epidemiológico local de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.

F.- REUNIONES DE GT MENSUALES:
Convocadas los primeros miércoles de cada mes y donde se presenta la actividad realizada en formato .ppt, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

se reevalúan los objetivos de forma pragmática.
En estas reuniones también se aprovecha para invitar a GT o Equipos funcionales con aportaciones de interés en materia de infecciones. En abril 2018 nos reunimos con miembros del Servicio de Hospitalización Domiciliaria dependiente del Hospital Royo Villanova con el fin de conocer su modo de trabajo y valorar la posibilidad de que alguno de nuestros pacientes crónicos estabilizados pudiera beneficiarse del mismo.
A partir del año en curso comenzaremos a realizar campañas de feed-back con nuestros resultados. Está demostrado que son una poderosa fuente de refuerzo y concienciación. Es labor pendiente de este proyecto y pretendemos planificarlas con periodicidad trimestral.

G.-. MATERIAL ELABORADO:
1.- Creación de una “Guía de terapéutica antibiótica hospitalaria”. En ella se incluyen actualizaciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de todos los síndromes infecciosos que puedan requerir ingreso hospitalario. Para su elaboración nos hemos apoyado en bibliografía contrastada y en otras guías elaboradas por GT-PROA españoles reconocidos como el PRIOAM (programa PROA andaluz liderado por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla).
En la actualidad está en fase de maquetación y pendiente de presentación y aprobación por la CIPPA. Posteriormente se presentará y divulgará por los distintos Servicios para optimizar su implementación.
2.- Se han mejorado las bases de datos para registro de nuestra actividad PROA y se han diseñado hojas de recogida de datos para las intervenciones por alertas y aleatorias.
3.- Elaborado el mapa epidemiológico local con los síndromes y patógenos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad y resistencia.
4.- Elaborado el mapa de consumo antibiótico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A.- RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS GENERALES:
1.- Creación y puesta en marcha de un GT-PROA hospitalario multidisciplinar.
2.- Elaboración de una “Guía de terapéutica antibiótica hospitalaria”.
3.-Elaboración del mapa epidemiológico local anual de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.
4.-Elaboración del mapa de consumo antibiótico anual.
5-Actividades de formación tanto docente como discente en materia de infecciones y política antibiótica.
6- Actividades de divulgación y concienciación sobre la extrema importancia del uso apropiado de los antibióticos.

B.-RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
1.- Se ha conseguido realizar seguimiento a más del 50% de los pacientes con aislamiento de microorganismos multirresistentes y/o prescripción de antibióticos de amplio espectro en plantas de hospitalización.
2.- En la UCI la adhesión a las Guías y protocolos de antibioterapia ha sido superior al 80%. En las plantas de hospitalización, aún no ha comenzado su implementación, pero la aceptación de las recomendaciones llevadas a cabo por el GT-PROA ha sido del 79%.
3.- La tasa de desescalamiento en UCI es mayor al 80%. No disponemos aún de su tasa en plantas de hospitalización por el motivo anteriormente expuesto, pero los datos derivados de nuestras intervenciones apuntan a la baja.
4.- La tasa de secuenciación en la planta de geriatría es mayor al 80% gracias a la intervención del Servicio de Farmacia. No disponemos de datos en Medicina interna en relación con la terapia secuencial.

5.- INTERVENCIONES Y DATOS:
En el 2018 se han realizado 255 intervenciones, 191 fueron realizadas por clínicos y las 63 restantes se llevaron a cabo desde el Servicio de Farmacia con recomendación de secuenciar.
El 80% de las intervenciones clínicas fueron generadas por alertas. Hasta el momento solo se realizan auditorías aleatorias en el Servicio de Medicina Intensiva.
El 35% de las alertas fueron generadas por aislamiento de microorganismos multirresistentes, el 30% por bacteriemia y un 24% por prescripción de antibióticos de amplio espectro. El resto se generaron por una combinación de las variables anteriores.
Se realizaron recomendaciones en el 52% de las intervenciones. La gran mayoría, superior al 70%, estaba en relación con reducir espectro, acortar duración del tratamiento antimicrobiano y/o terapia secuencial.
El 79% de las recomendaciones fueron aceptadas.

-.Bacteriemias:
Se detectaron 100 episodios. El 50% de los stafilococo aureus aislados en sangre fueron meticilín resistentes (MRSA). El 27% de las enterobacterias cumplían criterios de BLEE (productoras de belalactamasas de espectro extendido).
El 29% de las bacteriemias fueron infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAs) y el 53 % se presentaron en la planta de Geriatría.
Septiembre y octubre fueron los meses con mayor número de aislamientos.

-. Microorganismos multirresistentes:
Geriatría fue la planta con mayor número de aislamientos. Los más frecuentes fueron MRSA (33%) y BLEE (29%). Un 2% de las BLEE eran multirresistentes. Se aislaron un 3% de multirresistentes con carbapenemasa, todos ellos en frotis de vigilancia epidemiológica.

-. Antibióticos de alto espectro e impacto ecológico:
El Servicio de Medicina Interna fue el principal prescriptor. El antimicrobiano más prescrito fue

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

piperacilina/tazobactam (40%), con un porcentaje significativamente mayor de prescripciones en planta de Medicina Interna. La prescripción de carbapenemes se realizó en su mayor parte en Geriatría, con un mayor uso de imipenem sobre meropenem.
La duración media de las prescripciones fue 7-8 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El papel de un equipo PROA es altamente rentable en nuestro hospital. Las intervenciones que se realizan dan lugar a una recomendación en la mitad de los casos, y ésta está dirigida, en la gran mayoría, a reducir la presión antibiótica. La aceptación de las recomendaciones por parte de los profesionales es excelente. No obstante los hábitos prescriptores son difíciles de modificar. Detectamos una tendencia a coberturas empíricas excesivas en plantas de hospitalización convencional. El porcentaje de IRAs es elevado, y quizá se le otorga un peso de riesgo de multirresistencia desproporcionado. La cultura del desescalada, muy arraigada en el Servicio de UCI, aún no ha podido ser medida en las plantas de hospitalización, pero los datos derivados de nuestras intervenciones apuntan a la baja. Sigue siendo muy necesario insistir con actividades que promuevan la concienciación e implicación en la reducción de presiones antibióticas innecesarias. Las campañas de feed-back de resultados que iniciaremos en el año en curso pueden suponer un importante impulso para optimizar nuestra actividad.
Quedan pendientes de incluir en el programa de auditorías los Servicios de Cirugía General y Ginecología.
El Servicio de Medicina Interna también queda pendiente de incluir en el programa de terapia secuencial liderado por los farmacéuticos PROA.
Consideramos que la incorporación en el GT de una enfermera con dedicación parcial al programa para identificación, trasmisión de alertas y actividades de registro, sería de una gran ayuda. Estas labores consumen y restan tiempo a los clínicos, mermando la posibilidad de seguimiento e intervención sobre un porcentaje significativo de alertas (calculamos que la tasa de intervención actual es aproximadamente de un 50%).
Solicitaremos a la Dirección Médica que se nos facilite este recurso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/882 ========== ***

Nº de registro: 0882

Título
CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCOLANO PAULA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, ANDRES ARRIBAS IGNACIO, MIÑANA AMADA CRISTINA, REBOLLAR TORRES ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

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

PROBLEMA
ANÁLISIS Y SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO
Los PROA están demostrando ser una estrategia útil para intentar frenar el acortamiento de la vida útil de los antibióticos (ATBs). El mal uso y el abuso que hemos hecho de ellos durante décadas ha generado un incontrolado incremento de las resistencias bacterianas y un estado de “crisis ATB” a escala mundial. En la actualidad los gérmenes más problemáticos se han convertido en un reto terapéutico por falta de antimicrobianos con garantías. Estos programas se posicionan en todo el mundo como armas de primera línea para hacer frente a esta preocupante situación. Tras el Documento Consenso Español del 2012 muchos hospitales españoles comenzaron a incorporarlos entre sus líneas estratégicas. Han demostrado ser programas que funcionan y en breve sean dotados de un marco legal que los acredite, los regule, y los convierta en indicadores de calidad obligatorios en todo el Sistema Sanitario Español
Nosotros comenzamos nuestra andadura a finales del 2016 con la creación de un Grupo de Trabajo (GT) y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

elaboración de una serie de Guías y Protocolos para el manejo integral de los distintos síndromes sépticos del paciente crítico en el contexto de un PROA-UCI. En abril 2017, tras ser aprobado por la Comisión de Infecciones, comenzamos a implantarlo en el entorno UCI del hospital. La adherencia al programa ha sido muy buena desde el principio (>80%), y tras un año de implementación estamos convencidos de que hemos mejorado nuestra praxis, seguimos de forma más dinámica y customizada la terapia ATB de nuestros pacientes, y garantizamos terapias más costo-eficaces. Además, hemos comenzado a generar registros de actividad y resultado que nos ayudan a monitorizar y evaluar nuestra labor asistencial para poder plantear actividades de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES
1.- Crear un GT PROA-hospitalario multidisciplinar que extienda y divulgue el Programa por el resto de los Servicios. 2.- Perseguir la implicación y el apoyo del Equipo Directivo. 3.- Perseguir la implicación de todo el personal sanitario. 4.- Ampliar las Guías y Protocolos incluyendo los procesos infecciosos menos graves, subsidiarios de ingreso en plantas de hospitalización. 5.- Garantizar terapias costoeficaces.

POBLACIÓN DIANA: a todos los pacientes con síndromes infecciosos que ingresen en nuestro hospital y requieran antibioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
1.- Prescripciones ATBs adecuadas, y customizadas en todo el ámbito hospitalario.
2.- Mejorar en las culturas de desescalada, secuenciación y acortamiento de terapias en toda la Institución.
3.- Monitorizar y evaluar nuestra actividad clínica en materia de infecciones
4.- Elaborar un mapa de resistencias bacterianas y registro de datos de consumo ATB anual

OBJETIVOS FUTUROS
Consolidar un PROA hospitalario con objetivos y estrategias anuales de mejora.

MÉTODO
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS
1.- Reuniones del GT PROA mensuales con feed-back trimestral de los resultados.
2.- Continuar con actividades de divulgación / concienciación del uso racional de ATBs.
3.- Elaborar e impartir un plan de formación continuada en patología infecciosa y antibioterapia acreditado por la Unidad Docente del Sector.
4.- Disponer de un clínico-PROA por Servicio para consultoría
5.- Elaborar un sistema de alertas desde el Servicio de Microbiología y Farmacia que permita realizar auditorías de recomendación.
6.- Realización de auditorías aleatorias entre los pacientes con prescripción de ATbs.
7.- Registro informatizado de la actividad y cumplimiento de protocolos para posterior análisis.

INDICADORES
INDICADORES Y EVALUACIÓN

EVALUACIÓN LONGITUDINAL con recogida y análisis de los datos de forma periódica

INDICADORES
A.- Indicadores de cumplimiento de protocolos:
Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previa, elección de terapia empírica, dosis y forma de administración, desescalada y duración de la prescripción. Tasa de cumplimiento total de protocolo.

B.- Indicadores de actividad, proceso y resultado:
Porcentaje de pacientes con ATBs, Días totales de ATBs y de terapia ATB combinada. Tasa de cultivos positivos y resistencias bacterianas. Gasto farmacéutico en ATBs. Porcentaje de Consultorías. Porcentaje de alertas y tipo de alerta. Porcentaje de alertas que generan una recomendación y tipo de recomendación. Tasa de aceptación de las recomendaciones.

DURACIÓN
RESPONSABLES:
Grupo PROA-UCI. Servicio de Farmacia y Servicio de Microbiología

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
Octubre 2017- 2018:
Continuar con el PROA-UCI y sus actividades de registro y monitorización
Ampliar Guías/protocolos y puesta en marcha de los sistemas de consultoría, alertas y auditorias en todo el ámbito hospitalario
Continuar con actividades de divulgación y concienciación periódicas.
Abril 17/octubre 18:
Proceso de implementación del PROA-hospitalario con sus distintas actividades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Plan de formación continuada PROA de marzo a diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
FERNANDEZ ABAD NURIA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
GASPAR GOMEZ ANA MARIA
SARALEGUI ORTS VERONICA
PAUL FUMANAL ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En enero de 2018 se puso en marcha el Núcleo de Seguridad SiNASP del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. La implantación del Sistema de Notificación durante este año se ha llevado a cabo en dos fases.
La primera fase, de enero a marzo, se dedicó a la constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Ellos han sido los encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. La primera reunión se llevó a cabo en enero de 2018, se designaron los miembros del núcleo y se inició la formación del personal. En marzo de 2018 ya se había impartido la formación en SiNASP a todos los profesionales sanitarios de UCI, se habían realizado notificaciones de eventos adversos y se habían realizado análisis de causalidad de los mismos, implementando medidas de reducción de riesgo.
La segunda fase comenzó en abril de 2018, ampliándose el Núcleo de Seguridad a todos los servicios del HNSG. A día de hoy se han incluido 4 Facultativos especialistas, 1 Técnico de Laboratorio, 7 enfermeras, y 1 fisioterapeuta. Contamos con representación de Medicina Interna, Geriatría, Anestesia, Cirugía, Radiología, Laboratorio, Rehabilitación, Anatomía Patológica y Consultas externas. Todos ellos recibieron formación previa en seguridad del paciente.
Se han formado grupos de trabajo para analizar los eventos adversos notificados. Estos grupos se reúnen para realizar análisis causales de los eventos y tratan de emitir recomendaciones de mejora. Se realizan reuniones mensuales de todo el Núcleo de Seguridad en las que se lleva a cabo la puesta en común del trabajo realizado durante el mes y se revisan los aspectos formativos.
Se ha impartido formación en el uso y utilidad del SiNASP al personal sanitario de todos los Servicios con representación. Además, se han colocado póster informativos en zonas clave del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se han recibido un total de 24 notificaciones de eventos adversos, habiéndose realizado recomendaciones de mejora en 20 de ellas (80%). El 66% de los incidentes sucedieron en UCI, el 21% en plantas de hospitalización y el 13% en servicios centrales. Durante los tres primeros meses el proyecto estuvo acotado a UCI, y esto genera un sesgo importante que hace que el mayor porcentaje de notificaciones recibidas pertenezcan a este Servicio.
La mayoría de los eventos adversos (EA) comunicados se relacionan con errores de comunicación (8EA: 33%) y errores relacionados con la medicación (8EA: 33%). El resto de EA, en porcentaje muy inferior, pertenecen las categorías de: “procedimientos terapéuticos”, “retraso o tiempo inadecuados”, “identificación”, “procedimientos diagnósticos” y otros.
Las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad son transmitidas a los responsables de los Servicios implicados en el plazo máximo de 1 mes, aceptándose en un 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo continuado del Núcleo de Seguridad mediante reuniones mensuales ha generado una dinámica de trabajo que resulta eficiente en la gestión de los eventos adversos que suceden en el hospital. Con la implicación de un equipo multidisciplinar resulta más fácil conocer las peculiaridades de los distintos Servicios que integran el HNSG, pudiendo emitir recomendaciones que resultan prácticas y sencillas de llevar a cabo. La transmisión de las recomendaciones las lleva a cabo la persona del servicio implicado en el evento adverso, de esta manera, resulta menos invasivo y se obtiene una mejor aceptación por parte de los responsables, tanto supervisión de enfermería como jefaturas de servicio.
Sería recomendable conseguir implicar en el proyecto a los restantes servicios del HNSG: Urgencias, Cirugía…

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/975 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

Nº de registro: 0975

Título
IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:
SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, FERNANDEZ ABAD NURIA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, GASPAR GOMEZ ANA MARIA, SARALEGUI ORTS VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
El sistema sanitario es un sistema complejo formado por un conjunto heterogéneo de profesionales sanitarios. Esta complejidad hace que, en ocasiones se produzcan errores que pueden afectar a los pacientes. Aunque cada error o evento es único, estos comparten muchas cosas en común. Muchas veces sus causas inmediatas y sobre todo los factores contribuyentes tienden a repetirse. Una vez investigados, la identificación de los factores latentes en los sistemas permitirá rediseñarlos para hacerlos más seguros.
Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje es uno de los objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha contado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian para el desarrollo y la coordinación del denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, SiNASP.
El MSSSI lleva a cabo la gestión global del sistema y facilita su utilización por parte de los centros sanitarios mediante un proceso de implementación coordinado y liderado por los responsables de las Comunidades Autónomas correspondientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear un Núcleo de Seguridad multidisciplinar constituido por personal sanitario de todos los Servicios del HNSG
2. Promover una cultura de seguridad en el personal sanitario.
3. Identificar los problemas de seguridad existentes.
4. Mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

MÉTODO
1. Reuniones mensuales del Núcleo de Seguridad en las que se evaluará el proceso de formación del personal sanitario en Seguridad del paciente y uso del Sistema de Notificación. Se analizarán los eventos adversos notificados, sus causas y factores contribuyentes, tratando de emitir recomendaciones de mejora.
2. Formación en seguridad al personal sanitario del HNSG, mediante pequeñas charlas impartidas durante el horario laboral. Se enseñará de forma práctica cómo notificar un evento adverso relacionado con la seguridad del paciente.
3. Colocación de pósters relacionados con la seguridad. Se colocarán en los controles de enfermería y otras zonas transitadas para fomentar la participación y enfatizar la importancia de la seguridad.
4. Difusión de las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad

INDICADORES
Notificaciones realizadas por cada 100 camas
Notificaciones trimestrales*100 /nº camas
Resultado óptimo > 3

Recomendaciones de seguridad emitidas
Notificaciones*100 / recomendaciones emitidas
Resultado óptimo: 50%

DURACIÓN
La implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente se llevará a cabo en 2 fases.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

1º. Enero-Marzo 2018. Constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. El personal de UCI comenzará a notificar eventos adversos tutorizados por el núcleo de seguridad.
2ª fase: abril - diciembre 2018: Ampliación del proyecto a todos los servicios del HNSG, para ello se ampliará el grupo de trabajo con miembros de diferentes categorías pertenecientes a diversos servicios del hospital Ellos serán los encargados de liderar la formación en seguridad a nivel hospitalario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1110

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM LAFUENTE MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIL EGEA ESMERALDA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ
PAMPLONA CALEJERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reparto de las tareas entre los miembros del equipo.
-Inicio de la búsqueda bibliográfica.
-Puesta en marcha desde la Comisión de Transfusión y Hemoderivados del Centro de nuevos métodos de seguridad transfusional enfocados a Enfermería.
-Inicio de la redacción del Protocolo, todavía no terminado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Grado de asistencia: 90%.
-Grado de cumplimentación del calendario: 85%.
-Grado de satisfacción de los participantes en la actividad: media.

Nivel de ejecución del proyecto:
I. No se ha podido poner en marcha.
--->II. Se han iniciado algunas actividades.
III. Está muy avanzado.
IV. Ha finalizado y tiene resultados definitivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados entran dentro de lo esperado, requiriendo más tiempo para la elaboración de un documento formal, que cuente con la aprobación de la Comisión de Transfusión y de Hemoderivados del Centro.
-Finalización de la revisión bibliográfica.
-Finalización de la redacción de Protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1110 ========== ***

Nº de registro: 1110

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
LAFUENTE MATEO MIRIAM, RUIZ VALERO FRANCISCO, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO, ARMILLAS MOLINOS MARIA, GIL EGEA ESMERALDA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, PAMPLONA CALEJERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1110

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La anemia es la patología hematológica más frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una etiología múltiple en la que intervienen desde factores del paciente (ferropenia previa al ingreso, procesos patológicos crónicos…), como la patología motivadora del ingreso en UCI (sepsis, politraumatizado…) y hasta las extracciones que se realizan en nuestras Unidades.
Tradicionalmente, el tratamiento más rápido es la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH), con la finalidad de aumentar la cantidad de hemoglobina intravascular y, con ello, el transporte de oxígeno a los tejidos. De esta manera, la transfusión ha porbado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia de los pacientes que se encuentran en situaciones de gravedad, secundaria a anemia severa o shock hipovolémico (de origen hemorrágico).
Sin embargo, a pesar de ser la medida más rápida, también es la medida más agresiva para el tratamiento de la anemia, no estando exenta de efectos secundarios, que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad de los paciente.
En este sentido, en los últimos años, se vienen publicando una series de recomendaciones, fruto de investigaciones a nivel multicéntrico, que cada vez apoyan más las políticas restrictivas transfusionales, basándose en tratamientos médicos y quirúrgicos enfocados a la corrección de los focos sangrantes y a la optimización de la coagulación y de los factores moduladores de la inflamación en los procesos sépticos.
Así, creemos que la realización de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más frecuentes en nuestro quehacer diario, ayudará a valorar de una manera racional las necesidades transfusionales de nuestros pacientes, de acuerdo a los nuevos enfoques publicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Describir las situaciones de necesidad transfusional, de acuerdo a la bibliografía actual.
Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.
Protocolizar el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.

MÉTODO
Búsqueda bibliográfica de la situación actual del problema.
Elaboración de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más habituales de nuestra UCI.

INDICADORES
Elaboración del Protocolo del Uso de Hemoderivados.
Presentación del mismo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia para su aprobación.

DURACIÓN
Septiembre 2018: reparto de tareas entre los miembros del equipo.
Octubre 2018: búsqueda bibliográfica.
Diciembre-Marzo 2018: redacción del Protocolo.
Abril 2018: presentación del Protocolo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIL EGEA ESMERALDA
PAMPLONA CALEJERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:
USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL
INSERCION ADECUADA DE LA SONDA URETRAL
MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.
Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos. Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017 Se cumplimentaran encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Presentación en sesión del servicio en sesión acreditada del proyecto ITU Zero en Junio de 2018, explicando las lineas generales del proyecto y resolviendo las dudas planteadas.
Realización de la formación online en la plataforma del ministerio de Sanidad del 93 % de la plantilla (médicos, enfermeras y auxiliares) a fecha de Enero de 2019
Diseño y puesta en marcha de las medidas del proyecto y de la documentación elaborada, tras asistir a las reuniones a nivel nacional y autonómico explicativas de la puesta en marcha del proyecto.

Los resulytados obtenidos durante el periodo 2018, obtenidos del registro ENVIN en nuestra Unidad y nuestro pis son:

UNIDAD
Infeciones SU: 5 N Tasa
Pacientes Ingresados 213 2,35
Días de estancia 1.583 3,16
Días de SU 1.267 3,95
Ratio de utilización SU 0,80

NACIONAL | Unidades:292
Infecciones SU: 1452 N Tasa
Pacientes Ingresados 130.403 1,11
Días de estancia 689.120 2,11
Días de SU 558.877 2,60
Ratio de utilización SU
0,81

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha resultado interesante la implantación del proyecto, ya que ha contribuido a la mentalización en la prevención y control de la IRA más frecuente en nuestras unidades, hemos revisado el protocolo del servicio de sondaje, hemos completado la formación, implantado las medidas del proyecto y se ha incorporado las prácticas seguras a la labor asistencial diaria mejorando la calidad del la atención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1503 ========== ***

Nº de registro: 1503

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO, ARMILLAS MOLINOS MARIA, ESMERALDA GIL EGEA ESMERALDA, PAMPLONA CALEJERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son un grave problema de salud publica a nivel mundial. Son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados. Hasta un 15% de los pacientes desarrollan una infección.
Las Infecciones del tracto urinario representan el 15%-20% de las IRAS. Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral en algun momento de su estancia. La ITU-SU representan hasta el 40% de todas las infecciones hospitalarias. La incidencia oscila entre 3,1 y 6,4 por 1000 dias de sonda uretral. En la UCI entre el 50% y el 80% de los pacientes ingresados son portadores de cateter uretral. Durante la primera semana del sondaje urinario el 8% de los pacientes por dia desarrollan bacteriuria de forma que el porcentaje de pacientes con bacteriuria al decimo dia alcanza el 50%. Las bacteriurias asociadas al sondaje vesical elevan la morbilidad, la mortalidad y el costo en particular si es una bacteriuria complicada. Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las practicas de prevencion de infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL
Indicador: No de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / No total de días de sondaje?Estándar: = 2,7 episodios de ITU-SU / 1000 días de SU ?
Indicador: No de pacientes con ITU-SU x 100 pacientes / No total de pacientes ?
OBJETIVOS SECUNDARIOS? ?
Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7

MÉTODO
Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:
USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL ?
Utilizar sonda uretral so ?lo cuando este indicado, con sistema de circuito cerrado y puerto para toma de muestras. ??
Retirar la sonda uretral cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicacion. ?
INSERCION ADECUADA DE LA SONDA URETRAL ??
Realizar higiene de manos inmediatamente antes y despues de la insercion o de cualquier manipulacion de la sonda uretral. ??
Utilizar una tecnica esteril de insercion. ?
MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL ??3.a- Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora). ??
Mantener el flujo de orina libre sin obstaculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. ?
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ??
Los profesionales sanitarios debe recibir formacion especifica sobre la insercion y mantenimiento de la sonda uretral. ??
Los protocolos de insercion y mantenimiento de la sonda uretral deben revisarse y actualizarse, cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia ??
La necesidad de mantener feed-back con los profesionales sanitarios. Los coordinadores de la unidad informara ?n periodicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. ?
NO HACER
Utilizar antisepticos y antibioticos en la higiene diaria.
Usar antimicrobianos profilacticos en la insercion, mantenimiento o retirada de la sonda uretral.
Cambiar de forma rutinaria y periodica la sonda uretral.
Realizar lavados vesicales ??
Tomar cultivos si no se sospecha infeccion, excepto para estudios de colonizacion. ?
Utilizar de modo rutinario de sondas impregnadas de antimicrobianos. Pautar tratamiento antimicrobiano en la bacteriuria asintomatica.
Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.
Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos.
Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017
Se cumplimentaran encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.
Se llevarán a cabo reuniones periódicas para valorar la marcha del programa y difundir resultados y, en su caso, diseñar acciones correctoras

INDICADORES
Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7 ??
Indicador: No de antibióticos indicados para ITU-SU x 100 / No total de antibióticos indicados para tratar infección asociada a dispositivos Estándar: Disminuir un 10% los antibióticos utilizados para ITU-SU ?
Indicador: No de profesionales sanitarios adscritos a la UCI formados en el proyecto "ITU-ZERO" x 100 / No total de profesionales sanitarios adscritos a la UCI ?
Indicador: Actualización protocolo UCI HNSG

DURACIÓN
Junio - Septiembre 2018 Abril 2020 ?
Encuesta situación trimestral
Abril Mayo 2020 presentación de resultados finales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se consideró 'REINGRESO' a aquellos producidos de manera urgente, antes de 30 días del alta del episodio inicial o del reingreso inmediatamente anterior y con la misma categoría diagnóstica mayor.
Se seleccionaron los reingresos de los GRD más frecuentes en pacientes que podían ser atendidos por diferentes servicios, con los siguientes resultados:
- 140 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.
- 194 - INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Participan los Jefes de Servicio / de Sección de:
- MEDICINA INTERNA (HRV y HNSG)
- NEUMOLOGÍA (HRV)
- CARDIOLOGÍA (HRV)
- GERIATRÍA (HNSG)
- UNIDAD DE CALIDAD
- UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACION (HNSG y HRV)

Se realizó la búsqueda de 'casos' en la base de datos del CMBD conjunta de los dos hospitales, de manera que el sistema pudiese considerar como reingreso al producido en el hospital distinto al del alta, si el ingreso era urgente y antes de 30 días.
Se realizaron las búsquedas con el programa de corporativo de explotación de los CMBD, decisys®, para los CMBD de los años 2016 y 2017.

La población de pacientes se caracterizará por:
- EDAD EN AÑOS
- SEXO
- MOTIVO DE ALTA
- DURACIÓN DE LA ESTANCIA
- NIVEL DE GRAVEDAD
- NIVEL DE MORTALIDAD

A partir de estos datos, se recoge la información necesaria a cada episodio de reingreso:
- GRD del reingreso
- CIP
- Edad
- Sexo
- Fecha de ingreso y alta del episodio de reingreso
- Diagnostico principal estancia hospitalaria

Actividades realizadas.

1- Se ha llevado a cabo el análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso

2- En el mes de marzo todos los responsables de los Servicios implicados han asistido a una Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.

3- Determinar las tasas de reingreso de las patologías más frecuentes en los Servicios médicos antes de la intervención. Conocer la tasa de reingreso en nuestro Sector permitirá compararnos con los datos en los hospitales de similares características.

4- En la última reunión del grupo de trabajo se presentaron las propuestas de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducir o adecuar los reingresos en aquellas patologías más frecuentes.

Se plantean diferentes tipos de intervenciones y la adecuación a ellas de las diferentes Unidades que intervienen en el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizan los datos correspondientes a los procesos de insuficiencia cardíaca y EPOC en ambos hospitales y en todos los servicios implicados.
No se adjuntan las datos pormenorizados por imposibilidad material de espacio de incorporar las tablas a la memoria.

El número de ingresos anual por EPOC se mantiene estable en los últimos 3 años.
El porcentaje de reingresos urgentes (< 30 días) es significativamente inferior a la media nacional.
La introducción del hospital de día de neumología y de las consultas monográficas de EPOC en el HRV han conducido a disminuir la estancia media por EPOC sin aumento de los reingresos.

Los resultados obtenidos en el caso de Insuficiencia cardíaca parecen comportarse de manera similar, aunque todavía no disponemos de los datos definitivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos, se propone unificación de las pautas de actuación durante el ingreso, al alta y en el seguimiento del paciente.

INTERVENCIONES EN LOS PACIENTES CON EPOC
1- En Los pacientes con EPOC severo (Oxigenoterapia domiciliaria, bronquiectasias sobreinfectadas,..) se realizará una atención precoz a los 7 días tras el alta hospitalaria en el Hospital de Día de Neumología.
2- Los pacientes con EPOC severo e insuficiencia respiratoria serán controlados en la consulta monográfica de EPOC

INTERVENCIONES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA
1- La transición incluye al menos una cita precoz, antes del 7º día, dado que en este periodo el riesgo de reingreso es máximo.
Se recomienda la revisión por el médico de atención primaria en la primera semana y por un especialista en insuficiencia cardíaca (médico o enfermería) en las dos primeras semanas, que idealmente debería pertenecer al mismo equipo responsable del alta.
2- Es conveniente que el seguimiento durante la transición incluya
un mecanismo de acceso fácil telefónico y/o presencial,
incluyendo una consulta con Hospital de Día para la resolución de
las posibles descompensaciones.

Se acuerdan medidas generales y especificas para los pacientes con insuficiencia cardíaca o EPOC, basadas en las recomendaciones de los especialistas en dichos procesos.

7. OBSERVACIONES.
Los objetivos año 2019:
1- Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC y otra para el paciente con IC desde Urgencias hasta el alta hospitalaria
2- Diseño de un formulario para la recogida de información sobre los pacientes “caso” en una base de datos prospectiva para identificar los factores de riesgo de reingreso precoz. Para ello consideraremos información básica:
- La morbilidad y comorbilidad.
- Numero de ingresos hospitalarios previos.
- La duración de la estancia hospitalaria.
- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
- La situación funcional y social
Conocer algunas características tanto del paciente como de las circunstancias que motivó el reingreso servirá para poder identificar problemas relacionados con la calidad asistencial y de esta forma implementar medidas para reducir la incidencia de reingresos en los dos procesos objeto de este proyecto.
3- La valoración del efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos se analizará seis meses después de la puesta en marcha de las intervenciones.
4- En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia.

Cronograma
Enero-Marzo 2019: diseño de una vía clínica para pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca y pacientes con diagnóstico de EPOC.

Marzo- Diciembre: Puesta en marcha de la vía clínica y aplicación de las medidas de intervención del proyecto para disminuir el reingreso en pacientes con Insuficiencia cardíaca o EPOC.

Diciembre 2019: Medición y cuantificación de la tasa de reingresos de los GRD 140 Y 194 por servicios tras la intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1077 ========== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D´ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.
La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.
El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.
Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .
Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca yla enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)por ser los dos procesos con mayor número de reingresos pos causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector.
Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriatría, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO
1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES
Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:
1-La morbilidad y comorbilidad.
2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
3-La duración de la estancia hospitalaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.
Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.
Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN
Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.
Septiembre 2018-Intervenciones generales y especificas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE DOMINGUEZ SANTAREN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORRAS RODRIGO MARIA
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA
NAVARRO TEJERO BARBARA
LOPEZ RIVERA ELENA
MARCEN NAVAS ANA CRISTINA
RODRIGUEZ ALAVA ALICIA
RUBIO CASALO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación: el grupo se creó en junio de 2018 y se hizo el reparto de los servicios para la elaboración de los distintos documentos.

2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio: esta actividad se realiza entre junio y noviembre de 2018.

2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno: esta actividad se realiza a lo largo de diciembre de 2018, aunque quedan servicios sin revisar.

2.3. y 2.4 Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto y elaboración del cuestionario de satisfacción: se realizaron finalmente en junio de 2018 tras la reunión de equipo.

3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada: en diciembre de 2018 se crea la carpeta MANUAL, en una cuenta de Dropbox accesible para lectura a todo el personal de pool, con los documentos de los servicios que han sido revisados por las distintas supervisiones.

4. Medición de los indicadores: en enero de 2019 se miden y se evaluan los indicadores.

5. Comunicación de los resultados con el equipo: se realizan actualizaciones del proyecto de forma continuada en un grupo telefónico. En enero, tras la medición de los indicadores, se comunican los resultados al equipo y la próxima presentación de la memoria.

6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual: es un proyecto vivo que puede actualizarse día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%. Se ha cubierto este indicador faltando de revisar 2 servicios de los 13 propuestos.

2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
• Resolutividad
• Sentimiento de Competencia
• Disminución de la ansiedad
Se entrega el cuestionario de satisfacción a las 4 personas que se han incorporado en noviembre. Se muestran bastante satisfechas en estos tres puntos y tienen una excelente opinión sobre el manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de los documentos ha sido rápida y se ha dado una gran implicación por parte de todo el equipo. La revisión de estos por parte de las distintas supervisiones se ha realizado de forma escalonada y ha facilitado la concreción de las actividades que se realizan en algunos servicios. Ahora se ha facilitado para estos como fondo documental.
Tanto dirección como las supervisiones se han implicado en el proyecto y están ilusionados con su consecución.
Este proyecto pretende hacerse accesible para el resto del personal del hospital.
También sería interesante crear una aplicación que permita revisar los documentos y otras utilidades como incluir la rueda de trabajo o facilitar los cambios.
Igualmente interesante sería crear un libro, aun en formato digital, para entregar al personal a su llegada al hospital.

7. OBSERVACIONES.
Al finalizar el resto de servicios, ¿habría que abrir actualizaciones de este nuevo proyecto, o al ser una continuación que puede incluirse en los proyectos posteriores, con otros coordinadores, no sería necesario?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1347 ========== ***

Nº de registro: 1347

Título
CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Autores:
DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE, PORRAS RODRIGO MARIA, PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, LOPEZ RIVERA ELENA, MARCEN NAVAS ANA CRISTINA, RODRIGUEZ ALAVA ALICIA, RUBIO CASALO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de correturnos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.
El hospital ha presentado recientemente un Manual de Procedimientos, que queremos complementar con la creación de un documento específico que ayude al personal de nueva incorporación a ubicarse y conocer el Hospital, así como determinadas características de cada Servicio que faciliten los primeros turnos, disminuyan su ansiedad y den seguridad a los usuarios.
La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad y son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.
En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Correturnos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la consecuencia “Falta de Competencia del Personal de Correturnos” analizando la estructura, la organización del trabajo y la evaluación de la competencia (Conocimientos + Habilidades personales + Actitud del personal) y se seleccionaron las áreas y las estrategias a abordar.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un manual de Acogida que proporcione la suficiente información sobre el hospital y los servicios al personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos del HNSG.
De esta manera creemos que se incidiría muy positivamente en la mejora de la resolutividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nuevo incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación.
2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio.
2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
2.3. Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto.
2.4. Elaboración del cuestionario de satisfacción.
3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual.

INDICADORES
Estimamos oportuna la monitorización de la edición y corrección grupal de los escritos sobre los distintos servicios y la satisfacción del personal de nueva incorporación:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%
2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
   - Resolutividad
   - Sentimiento de Competencia
   - Disminución de la ansiedad

El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:
1. Creación del grupo de trabajo. (Junio 2018).
2. Elaboración del manual. (Junio - Noviembre 2018)
3. Determinación de indicadores para la valoración. (Diciembre 2018)
4. Aprobación del documento final. (Diciembre 2018)
4. Implantación del documento en la plataforma adecuada. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA COMABELLA CALLIZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA IBAÑEZ ELENA
LATORRE BARTOLO SILVIA
ANDRES GARCIA MARTA
MARTIN SERRANO RAQUEL
VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA
GUARINOS RUBIO MARINA
FLETA GALVEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación: el grupo se creó en junio de 2018.
2.1 Elaboración de una ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales: se realizó en octubre de 2018.
2.2. Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófano, UCI, Urgencias, Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia: a lo largo de noviembre y diciembre de 2018, por parte de la supervisora, se programan las rotaciones de las cuatro personas que se han incorporado al servicio.
2.3. Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables: en junio de 2018 se hizo el reparto de los temas para la elaboración de los distintos videos formativos.
3. Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación: en noviembre de 2018 se repartieron las fichas a los nuevos integrantes del servicio de correturnos y la supervisora se encargó de realizar las oportunas rotaciones. En diciembre de 2018 se crea la carpeta COMPETENCIAS, en una cuenta de Dropbox accesible para lectura a todo el personal de pool, con los guiones de los videos formativos que han sido revisados por las distintas supervisiones o médicos del servicio. Posteriormente se realiza una presentación de diapositivas de cada uno de ellos. Debido a la magnitud del proyecto y a la posibilidad de realizar videos de mayor calidad a la esperada, se alarga la duración prevista del proyecto.
4. Medición de los indicadores: en enero de 2019 se evalúa la cobertura y la satisfacción con las rotaciones. La cobertura y satisfacción de los videos formativos se realizará en junio de 2019.
5. Comunicación de los resultados con el equipo: se realizan actualizaciones del proyecto de forma continuada en un grupo telefónico. En enero, tras la medición de los indicadores, se comunican los resultados al equipo y la presentación de la memoria.
6. Búsqueda de mejoras y actualización del proyecto: gracias a la posibilidad de realizar videos de mayor calidad a la esperada se amplía el proyecto otros seis meses.
7. Durante diciembre y enero se realiza la grabación, en gran calidad, de todos los videos formativos seleccionados. Y posteriormente se tienen que editar los videos y alojarlos en la plataforma correcta para los mismos. En abril de 2019 se finalizará el proceso y el personal tendrá acceso a la video formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%.
% del personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
Cobertura del 100% de las rotaciones gracias a la colaboración de la supervisora y del resto del personal de correturnos.
2. Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación Unidad de correturnos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones.
Este indicador se valorará cuando finalice la elaboración de los videos y se presenten al personal.
3. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
• Resolutividad
• Sentimiento de Competencia
• Disminución de la ansiedad
Se entrega el cuestionario de satisfacción a las 4 personas que se han incorporado en noviembre. Se les indica que solo contesten a la parte correspondiente a la rotación por los servicios especiales y no a los videos formativos. Se muestran bastante satisfechas en estos tres puntos y tienen una excelente opinión sobre la rotación.
4. Durante diciembre y enero se realiza la grabación, en gran calidad, de todos los videos formativos seleccionados. Y posteriormente se tienen que editar los videos y alojarlos en la plataforma correcta para los mismos. En abril de 2019 se finalizará el proceso y el personal tendrá acceso a los videos formativos.
5. Se graban los videos de los 10 bloques de necesidades de formación detectadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La guionización de los videos formativos ha sido rápida y se ha dado una gran implicación por parte de todo el equipo. La revisión de estos por parte de las distintas supervisiones y/o médicos se ha realizado de forma escalonada.
La grabación de los mismos ha sido bastante elaborada por lo que el tiempo calculado en un principio no ha sido el adecuado.
Tanto dirección como las supervisiones se han implicado en el proyecto y están ilusionados con su consecución.
Este proyecto pretende hacerse accesible para el resto del personal del hospital.
También sería interesante crear una aplicación que permita el acceso a los videos formativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1348 ========== ***

Nº de registro: 1348

Título
EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Autores:
COMABELLA CALLIZO NATALIA, MARQUINA IBAÑEZ ELENA, LATORRE BARTOLO SILVIA, ANDRES GARCIA MARTA, MARTIN SERRANO RAQUEL, VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA, GUARINOS RUBIO MARINA, FLETA GALVEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de correturnos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.
La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad. Son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.
En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Correturnos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la necesidad de complementar la formación del personal con la adquisición de determinadas competencias enfermeras relativas a la Dimensión Técnica: habilidades y destrezas manuales (ejecución técnica) y mentales (organización y gestión del tiempo y los recursos).

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar la suficiente información sobre los procedimientos y competencias que más inseguridad producen al personal antiguo y al de nueva incorporación de la Unidad de correturnos del HNSG.
Así se incidiría muy positivamente en la mejora de la resolutividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nueva incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

MÉTODO
1. Creación del grupo de trabajo.
2.1 Elaboración de una Ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales.
2.2. Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófano, UCI, Urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia.
2.3. Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables.
3. Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y revisión de las necesidades de formación.

INDICADORES
Estimamos oportuno monitorizar la cobertura de los servicios de mejora ofertados así como la satisfacción del personal.
1. Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
2. Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación Unidad de correturnos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones

3. Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
- Resolutividad
- Sentimiento de Competencia
- Disminución de la ansiedad

Sería la supervisora de la Unidad de correturnos la encargada de completar, actualizar las fichas personales y entregar los cuestionarios de satisfacción.
El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses desde la aprobación de la gerencia del HNSG.
El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:
1. Creación de un grupo de trabajo: Integrantes de antigua y reciente incorporación para la selección de los procedimientos o competencias más conflictivos en la actualidad. Elaboración del modelo de ficha de recogida de datos (Junio 2018).
2. Cumplimentación de la ficha del personal de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales y programación de los turnos de rotación obligatoria en servicios especiales por parte de la supervisora. (Octubre 2018)
3. Programación y realización de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación. (Octubre - Diciembre 2018)
4. Medición de los indicadores. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0946

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RODRIGUEZ ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se presentó a la Direccion del Centro que desestimó su desarrollo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/946 ========== ***

Nº de registro: 0946

Título
CONSULTA INFORMATIVA DE ENFERMERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Autores:
RODRIGUEZ ABAD PEDRO, ADIEGO SANCHO ANTONIO, GALVE ARGUDO BEATRIZ, TORRES ANDRES MARIA DE LOS ANGELES, CALVO MATA NIEVES, ENRIQUEZ GRACIA MARIA ANGELES, ALONSO LAFON MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoncepción
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Ginecología en el HNSG atiende de forma exclusiva la demanda ginecológica del Sector Zaragoza I. La atención en Planificación Familiar (PF) del Sector I recientemente ha sido transferida al HNSG . Este tipo de asistencia sanitaria dependía de Atención Primaria, pasando recientemente a Atención Especializada. No se han facilitado medios personales, ni materiales en esta nueva demanda asistencial.
Recientemente el Servicio abrió unas consultas en horario de tarde para atender la jornada compensatoria por cesar de hacer guardias de dos de los componentes del Servicio (Dr. Pedro Rodríguez y Dr. Antonio Adiego). Al tiempo se centralizaron estas consultas de tarde en consultas de PF debido a que así se nos indicó.
Estas consultas de PF han recogido una fuerte demanda de métodos anticonceptivos de larga duración, como DIUs e Implantes, pero también usuarias que acuden sin gran información para recibir consejo sobre PF. Debido al tiempo limitado de tanto estas consultas especializadas de PF como en el resto ginecológicas, se ha visto la oportunidad de crear una consulta de PF en la que su exclusivo fin sería facilitar información sobre métodos anticonceptivos, su pertinencia, su disponibilidad, la toma de decisiones, valoración de complicaciones, efectos secundarios etc.… Proveer información cuando sólo se necesite ésta y no atención médica especializada.
El Servicio de Ginecología en la actualidad dispone de espacio material para acoger una consulta de consejo en PF y personal adecuado para su respaldo. Existe un día semanal (lunes) que hay un espacio de consulta disponible. El Servicio también dispone de enfermería fija adscrita al Servicio, que aunque no disponen de especialización en esta materia, han trabajado en ginecología durante años y por lo tanto tienen mucha experiencia en PF. Se impartirán protocolos de información y actuación en PF.
Este grupo de enfermeras, en concreto cuatro, serían las encargadas de atender la consulta y dar información a las usuarias que lo requieran. Estas pacientes procederán de los volantes de citaciones para PF de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0946

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Médicos de Familia que son valorados en un “triaje” diariamente. También se derivarán de nuestras propias consultas especializadas una vez sea recibida la demanda de PF y se considere que la atención en esta consulta está indicada.

RESULTADOS ESPERADOS
Proveer asesoramiento básico en Planificación Familiar por Enfermería mediante la creación de una consulta de Información en Planificación Familiar. Disminuir la demanda en este tema facilitando acceso a las usuarias a la Planificación Familiar, tanto a la información misma sobre el tema, como la citación hacia la consulta especializada en PF que fuera necesaria.

MÉTODO
Apertura de una Consulta de Enfermería para información y asesoramiento en Planificación Familiar.
Se promoverá formación adicional a la enfermería encargada de gestionar la consulta de nueva creación. Impartición de charlas y acceso a información escrita sobre el tema.

INDICADORES
Los indicadores serán el número de consultas abiertas por tiempo y número de usuarias atendidas en las consultas.

DURACIÓN
Esta consulta se pretende implantarse nada más finalizar el mes de agosto. Deberá de ser operativa en la segunda quincena de septiembre y normalizada su actividad al final del año 2018. Puede comenzarse a media jornada inicialmente y ampliarse su duración en función de la demanda.

OBSERVACIONES
Inicialmente atendería la demanda generada en nuestras propias consulta y en función de los resultados podría extenderse su actividad a los Médicos de Atención Primaria para la derivación directa de usuarias.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1416

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

Fecha de entrada: 02/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SESE SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GONZALEZ CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
SUÑER SUÑER SILVIA
CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA
BERNAL BECERRA ANA
ZAERA CARCELLER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDAD 1ª: REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO PARA ELABORAR EL TRÍPTICO
ACTIVIDAD 2ª: REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
ACTIVIDAD 3ª: ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO
ACTIVIDAD 4ª: DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACIÓN SOBRE EL TRÍPTICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MEJORA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES
SEGUIMIENTO DE LA VALORACIÓN DEL TRÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN PROCESO

7. OBSERVACIONES.
TODAVÍA NO SE HA TERMINADO DE RECOGER LA INFORMACIÓN

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1416 ========== ***

Nº de registro: 1416

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

Autores:
SESE SANZ MARIA PILAR, PEREZ GONZALEZ CARMEN, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, SUÑER SUÑER SILVIA, CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA, BERNAL BECERRA ANA, ZAERA CARCELLER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE QUIRURGICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE LA INFORMACION

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

PROBLEMA
AUSENCIA DE DOCUMENTO CON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES, QUE PLANTEÓ LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRIPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

RESULTADOS ESPERADOS
-AUMENTAR LA INFORMACION SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1416

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

-DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
-AUMENTAR LA MOTIVACION E IMPLICACION DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

MÉTODO
1 REUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELBORACION DEL TRIPTICO
2REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
3ELABORACION DEL TRIPTICO
4DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACION SOBRE EL TRIPTICO

INDICADORES
NUMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRIPTICO Y NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACION

DURACIÓN
FECHA DE INICIO: SEPTIEMBRE 2018
FECHA DE FINALIZACION:ABRIL 2019
1 REUNION DEL EQUIPO EN SEPTIEMBRE DE 2018
2 REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
3 ELABORACION DEL TRIPTICO: ABRIL DE 2019
4 DISEÑO ENCUESTA DE VALORACION: ABRIL DE 2019
5 CHARLA EXPLICATIVA AL RESTO DEL EQUIPO ASISTENCIAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN SANCHO REDONDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAZAN GIMENEZ PABLO
SEGURA CALVO FRANCISCO
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de este proyecto de mejora de calidad es detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de estos pacientes, siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

Durante 5 meses, desde junio de 2018 hasta octubre del mismo año, se analizaron los cambios arquitectónicos en la OCT macular de pacientes diabéticos que se iban seleccionando sobre una población de 2650 pacientes. Estos pacientes fueron vistos en la consulta de oftalmología ambulatoria del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Los recursos empleados fueron:

-Personal sanitario cualificado en oftalmología, optometría y enfermería.
-Escaner de OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) para la valoración retiniana.
-Optotipo de proyección para valorar agudeza visual. Oclusor con estenopeico.
-Lámpara de hendidura oftalmólogica
-Lentes oftalmologicas de calibre 20 y 78.
-Tropicamida y Fenilefrina en colirio, para provocar midriasis ocular.
-Material de ofimática necesario para el registro de los datos obtenidos y hojas de registro para desarrollar el proyecto.
-Ordenador con acceso al historiales médicos de los pacientes, para el acceso a sus últimas cifras de hemoglobina glicosilada, para poder valorar su nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses

Al acudir a la consulta, se estudiaron a los adultos con diabetes mellitus tipo 1, y tipo 2. A estos pacientes se les realizaba una anamnesis completa: edad del paciente, sexo, agudeza visual mejor corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriático y OCT macular.

Se complementó el estudio realizando las siguientes preguntas al paciente: si tenía un buen control glucémico, si era hipertenso, años de evolución de la diabetes y la cifra de HbA 1C.

Los pacientes seleccionados para la realización de este proyecto, recibieron la asistencia e informacion resultante del diagnóstico, necesario para nuestro proyecto, en cada una de sus respectivas consultas, con el fin de que fueran conocedores de la situacion de su retinopatia diabética, el tratamiento prescrito oportuno ypoder fomentar en ellos un mejor control de sus glucemias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se estudiaron 90 pacientes, que se dividieron en 3 grupos para el estudio: diabetes mellitus insulinodependiente, diabetes mellitus tipo 2, y un grupo control con pacientes sanos.

Dentro de cada grupo, se establecieron 3 límites de edad: de 20 a 40, de 40 a 60 y a partir de 60. Con 10 pacientes en cada grupo de edad, seleccionados al azar tanto en pacientes diabéticos como pacientes sanos.

La OCT macular es de gran ayuda para definir las características morfológicas así como el grosor retiniano.

No se encontraron diferencias significativas en los grupos de 20 a 40, y de 40 a 60, con respecto al grupo de control de pacientes sin retinopatía diabética.

Donde mayor diferencia se encontró fue en el grupo de mayores de 60 años con retinopatía diabética en los cuales se halló una mayor variación con respecto al grosor macular en relación con pacientes sanos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética, su complejidad unida a la aparición de nuevos métodos diagnósticos, al igual que las novedosas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo.

La OCT macular puede medir el grosor retiniano y cuantificar el edema macular.

Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes.

La introducción de técnicas de diagnóstico por imagen una auténtica revolución en este campo, y sobre todo con la implantación de dichos aparatos a nivel ambulatorio, ya que nos permiten en la misma consulta confirmar nuestras sospechas y no perder el tiempo para derivar al paciente en esa misma visita, y de esta forma, instaurar el tratamiento oportuno.

La sostenibilidad y replicación de este proyecto, depende de que las consultas de oftalmología a nivel ambulatorio, estén equipadas
de los recursos técnicos, materiales, y profesionales,utilizados para la consecución del mismo. De ser así, sería sostenible seguir diagnosticando e instaurando, precozmente, tratamiento en pacientes con edema macular diabético.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1103 ========== ***

Nº de registro: 1103

Título
DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA MEDIANTE OCT

Autores:
SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, SEGURA CALVO FRANCISCO, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética. Su complejidad, unida a la aparición de nuevos métodos de diagnósticos así como de novedosas alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo. La duración de la enfermedad, el tipo de diabetes y el control de la misma son determinantes para su aparición. Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes. La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de los pacientes siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
-Detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética
-Analizar los cambios arquitectónicos en la OCT macular de los pacientes diabéticos en comparación con la población normal

MÉTODO
Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando el tipo de diabetes, edad, duración de la misma y su control metabólico.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriasis y OCT macular de los pacientes diabéticos. También a pacientes sanos que servirán de control.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

Se catalogarán las diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edad comprendiendo 3 categorías (de 20 a 40 años; de 41 a 60 años y de 61 en adelante).

INDICADORES
Presencia o ausencia de EMD y su relación con el tipo de diabetes y control metabólico
Diferencias en micras de la OCT macular entre los pacientes diabéticos y la población normal
Diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edades
Diferencias en micras de la OCT macular por tipo de diabetes.

DURACIÓN
Junio 2018-junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO BAZAN GIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO REDONDO CARMEN
SEGURA CALVO FRANCISCO
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los objetivos del proyecto eran detectar de manera precoz, en una población estudiada de 2650 pacientes, durante 5 meses, en la consulta de CME de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia, las pérdidas en la capa de fibras y cambios estructurales en la papila que puedan estar asociadas a pacientes con sospecha de glaucoma.

Los recursos empleados fueron:
-Personal sanitario cualificado en oftalmología, optometría y enfermería.
-Escaner de OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) para la valoración retiniana.
-Optotipo de proyección para valorar agudeza visual.
-Paquímetro para valorar grosor corneal.
-Lámpara de hendidura con tonómetro de Goldman para medir PIO
-Lentes oftalmologicas de calibre 20 y 78.
-Fuoresceina en colirio.
-Material de ofimática necesario para el registro de los datos obtenidos y hojas de registro para desarrollar el proyecto.

Al acudir a la consulta, se realizaba una anamnesis: edad del paciente, sexo, presencia de enfermedades de riesgo vascular, antecedentes familiares de glaucoma, agudeza visual mejor corregida, tensión ocular, paquimetría, fondo de ojo con exploración papilar y OCT de capa de fibras nerviosas retinianas en pacientes con hipertensión ocular o sospecha de glaucoma.
Se desestimaron pacientes con hipertensión ocular con OCT de capa de fibras normal. Durante este tiempo se diagnosticaron 26 nuevos casos de glaucoma con pérdida de fibras en la OCT y con la instauración de tratamiento en el mismo acto médico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde que se tuvo constancia de que los cambios estructurales en la papila y en la capa de fibras de la retina precedían a defectos en el campo visual, es de vital importancia el diagnostico precoz.
Las técnicas de diagnostico por imagen analizan cambios en la capa de fibras y en la estructura de la papila.
La OCT de capa de fibras tiene muchas ventajas, es una técnica rápida y no invasiva pero necesita medios transparentes y la colaboración del paciente.
El campo visual supone la vertiente funcional del diagnostico del glaucoma, mientras que la evaluación de la papila y de la capa de fibras retiniana suponen la parte estructural de dicho diagnóstico.
Con la accesibilidad de la OCT de capa de fibras en nuestra práctica clínica a nivel ambulatorio, un determinado número de pacientes se va a beneficiar de un diagnostico y tratamiento precoz en la primera visita.

Diagnostico de glaucoma con pérdida de fibras nerviosas por tipo de paciente, de un total de 26 diagnoticados, durante este proyecto de mejora de calidad:

Con catarata (7): Paquimetría baja (1) Cámara anterior estrecha (0) Pseudoexfoliación (3) Glaucoma crónico simple (2) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (1)

Con facoesclerosis (9): Paquimetría baja (2) Cámara anterior estrecha (3) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (3) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

Con diabetes (4): Paquimetría baja (1) Cámara anterior estrecha (1) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

Sin catarata (3): Paquimetría baja (0) Cámara anterior estrecha (1) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

Con cirugia de catarata previa (3): Paquimetría baja (2) Cámara anterior estrecha (0) Pseudoexfoliación (0) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por la casuística, se detecta que el mayor porcentaje de pacientes presentaba un glaucoma crónico simple. El glaucoma pseudoexfoliativo y el de presión normal con una paquimetría baja han obtenido los mismos resultados. En cambio, el glaucoma de cámara estrecha se sitúa en un porcentaje ligeramente inferior.
La introducción de técnicas de diagnostico por imagen ha supuesto una autentica revolución en este campo, y sobre todo con la introducción de dichos aparatos a nivel ambulatorio, ya que nos permiten en la misma consulta confirmar nuestra sospechas y no perder tiempo en instaurar el tratamiento oportuno en la misma visita.
La replicación de este proyecto, depende de que las consultas de oftalmología a nivel ambulatorio, estén equipadas de los recursos técnicos materiales y humanos cualificados citados, utilizados para la consecución del mismo. Si dichas consultas están equipadas para ello, sería sostenible una permanente implicación para seguir diagnosticando precozmente el glaucoma con perdida de fibras nerviosas y prevenir el deterioro visual irreversible que produce en los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1113 ========== ***

Nº de registro: 1113

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Autores:
BAZAN GIMENEZ PABLO, SANCHO REDONDO CARMEN, SEGURA CALVO FRANCISCO, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN PREVENCION

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

PROBLEMA
El glaucoma es una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo.
Esta enfermedad se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular y tiene como condición final común una neuropatía óptica con pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto.
La mayoría de las personas afectadas no presentan síntomas en las primeras fases de la enfermedad; más adelante aparecen defectos en el campo visual y pérdida progresiva de visión. La aparición de estos síntomas puede significar que la enfermedad está en un punto avanzado de su evolución.
La hipertensión ocular (HTO), por el contrario, supone un aumento en la presión intraocular de los pacientes sin daño glaucomatoso asociado. Sin embargo, los pacientes con HTO pueden tener un mayor riesgo de desarrollar glaucoma en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar de manera precoz aumentos significativos en la PIO de los pacientes atendidos en la consulta de oftalmología del CME
Detectar pérdidas de la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) que puedan estar asociadas a la presencia de glaucoma
Detectar diferencias en la CFNR de los pacientes con sospecha de glaucoma y la población general
Ajustar la PIO en base a la paquimetría de estos pacientes

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando la edad, presencia de enfermedades de riesgo cardiovascular y antecedentes familiares de glaucoma.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, paquimetría, exploración papilar en el fondo de ojo y OCT de CFNR papilar de los con HTO o sospecha de glaucoma.

INDICADORES
Presencia de disminución en la CFNR de los pacientes con HTO o sospecha de glaucoma
Porcentaje de pacientes con HTO en los que se detectan alteraciones en la OCT papilar
Variaciones en la PIO ajustada según la paquimetría
Porcentaje de pacientes en los que se acaba instaurando tratamiento anti glaucomatoso

DURACIÓN
Junio 2018- febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN PINILLA BOROBIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO
FUENTES BERNAL JUAN LUIS
GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO
HERRANDO BLASCO JESUS
SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO
CASTILLO CASTEJON OLIMPIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente, seleccionamos las salas de reuniones a interconectar, que fueron cinco: consultas externas del HUMS, consultas de neuroftalmología y glaucoma, consultas de oftalmología pediátrica, consultas del HNSG y consultas del HRV.
La sala de reuniones principal para emitir se estableció en las CCEE del HUMS.
Se dotaron las salas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes. Se adquirió un micrófono con conexión bluetooth para la sala principal.
El servicio de informática amplió el ancho de banda en el HNSG para permitir un mejor flujo de la conexión.
El software de videoconferencia adquirido e instalado es Blizz (TeamViewer), que permite de una forma intuitiva compartir pantalla, aplicaciones como Power Point, chat... Se adquirió la licencia para compartir con varios participantes. Su instalación y puesta en marcha fue posible gracias al servicio de informática que habilitó los puertos en cada sala.
Además, Blizz permite conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone para asistir a las sesiones.
Se resumieron brevemente en una hoja las instrucciones para establecer la conexión desde cada uno de los terminales y se adjuntó una copia junto a ellos.
Se creó un grupo de WhatsApp para comunicar las incidencias, anunciar sesiones, cancelaciones, etc.
Se nombraron responsables en cada sala de reuniones para asegurar el uso cotidiano de la aplicación y la conexión a las sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el comienzo de las sesiones en septiembre de 2018, podemos valorar el resultado como altamente positivo. La conexión de la sesión ha sido casi sistemática desde entonces, con un alto grado de satisfacción de los asistentes.
No se han dejado de registrar incidencias que a continuación paso a enumerar:
1. Durante los 2 meses iniciales, la calidad del audio ha sido bastante baja, punto que se ha resuelto adquiriendo un micrófono adecuado para la sala principal.
2. Se han detectado 4 ocasiones donde la conexión no ha sido posible, ya haya sido por problema del software o de la conexión a internet.
3. Aunque el centro emisor ha conectado casi siempre (35 sesiones de 37 registradas), los otros centros no conectan con tanta asiduidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora creemos que con este proyecto se ha aumentado la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y los miembros del Servicio de Oftalmología. En los últimos años, la dispersión del personal del servicio en varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros dificultaba enormemente la asistencia de forma sostenible a las sesiones administrativas y clínicas.

Aunque la implementación ha sido bastante satisfactoria, se han detectado varios puntos a mejorar y ya se está trabajando en su mejora:
1. Queremos ajustar el horario de sesiones e inicio de las consultas, ya que en algunos centros no se acoplan, lo que dificulta que los profesionales puedan atender a las sesión.
2. Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima, principalmente los Centros Médicos de Especialidades.
3. Instalar micrófonos de calidad en las otras salas para permitir un diálogo de calidad.
4. Ampliar el uso de la videoconferencia para reuniones.
5. Habilitar algún disco duro donde grabar las sesiones de interés.
6. Elaborar encuesta de satisfacción para detectar nuevos puntos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1217 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Nº de registro: 1217

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Autores:
PINILLA BOROBIA JUAN, BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, FUENTES BERNAL JUAN LUIS, GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO, HERRANDO BLASCO JESUS, SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO, CASTILLO CASTEJON OLIMPIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
El servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) ha crecido en actividad y extensión en los últimos años. Actualmente, se pueden localizar varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros. Asimismo, la plantilla compuesta por médicos y ópticos-optometristas puede estar destinada en uno o varios de estos centros a lo largo de la semana laboral.
Esta situación de dispersión del servicio ha llevado a dificultar enormemente la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y sus miembros.
Además, las sesiones clínicas, docentes y administrativas, tradicionalmente celebradas en la Sala de Juntas de las Consultas Externas del HUMS, carecen de la infraestructura para su seguimiento continuado por los profesionales del servicio.
El buen funcionamiento de un servicio requiere la existencia de unos canales de comunicación adecuados para que fluya la información y el conocimiento generados por una actividad en crecimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la conectividad telemática entre los diferentes centros del Servicio de Oftalmología.
Permitir el seguimiento de sesiones clínicas, administrativas y docentes desde las salas de reuniones y otros ordenadores integrados en el servicio.
Facilitar un canal de comunicación entre los equipos de trabajo para mantener reuniones que no exijan la presencia física de todos los participantes.
La población diana es el personal sanitario del Servicio de Oftalmología, así como el personal en formación, MIR o estudiantes de los grados de Medicina y Óptica.

MÉTODO
Enumerar las salas de reuniones que se quieren interconectar.
Dotarlas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes.
Instalar un software de videconferencia que permita de una forma intuitiva compartir pantalla y aplicaciones, transmitir vídeo y audio, chat…
Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima.
Valorar la posibilidad de conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone.
Sistematizar la conexión de la sesión de la mañana para que pueda ser seguida desde cualquier ordenador.
Entrenar al personal en el uso de la aplicación y solución de problemas más frecuentes, garantizando su uso cotidiano.

INDICADORES
La conectividad telemática se garantizará realizando test para poner a prueba el funcionamiento de todos los apartados requeridos para la videoconferencia: imagen, vídeo, audio, compartición de aplicaciones y de pantallas, chat…
Se listará la dotación de cada sala con el hardware y periféricos (cámara, micrófonos, monitores…) necesarios, procurando así un seguimiento de su buen estado y reparaciones o sustituciones requeridas.
El principal indicador de monitorización será el número de sesiones conectadas por cada sesión celebrada, así como el número de centros y equipos asistiendo telemáticamente a cada sesión.
Se repartirá una encuesta de satisfacción entre los usuarios del sistema de videoconferencia, haciendo hincapié en la sencillez y operabilidad del sistema y la calidad percibida del mismo.

DURACIÓN
Fecha de comienzo: septiembre de 2018; Fecha de finalización: enero de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

PLAN DE IMPLANTACIÓN: Se coordinará todo el equipo para que cada ubicación disponga de los elementos necesarios correctamente instalados y se realizarán las pruebas necesarias para garantizar la solidez y fluidez del sistema. A continuación, se probará en situación real durante las sesiones clínicas, administrativas y docentes de la mañana. En una última fase se extenderá a otros usos como celebración de reuniones y grabación de clases y cursos.
PLAN DE COMUNICACIÓN: Se explicará su funcionamiento a uno o varios responsables en cada centro. Posteriormente, se expondrá en sesiones sucesivas cómo conectarse y las funcionalidades del sistema, para que su aprovechamiento sea extensible a todo el personal. Quedará registrado en cada ordenador un guión explicativo del sistema y otro impreso en las salas de reuniones para una disponibilidad más inmediata.
PLAN DE EVALUACIÓN: Cada día habrá un responsable de registrar la conexión diaria a la sesión principal de cada centro. Se identificarán las causas que en cada caso impidan o dificulten el correcto funcionamiento. Se completará una encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1179

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA
BORRAZ ABARDIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REPARTO DE TAREAS (BUSCAR FOTOS, MAQUETAR, REDACCION)
REUNIONES VARIAS PARA UNIFICAR CIRTERIOS, DISEÑAR FORMATO Y VER RESULTADOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HEMOS GENERADO UN DOCUMENTO DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMIIARES.
PROPORCIONAMOS UNA INFORMACION MUY DEMANDADA POR FAMILIARES QUE NO LA TENIAMOS PROTOCOLIZADA
EL DOCUMENTO O TRIPTICO SE DA A TODOS LOS PACIENTES A SU LLEGADA ALSERVICIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO CONSIDERA QUE LA INFORMACION DADA ES UN CONJUNTO DE LA INFORMACION QUE DEMANDA EL PACIENTE Y FAMILIAR AL INGRESO.
EL TRIPTICO ES UNA HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIARES.
ES FUNDAMENTAL QUE SE LES DE A TODOS LOS PACIENTES.
QUEDA PENDIENTE HACER UN SEGUIMIENTO EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE SU DISTRIBUCION, EL EQUIPO CONSIDERA REALIZARLO A LO LARGO DEL AÑO PARA QUE FORME PARTE DE UNA DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIMENTAR POR EL PERSONAL EN EL INGRESO DEL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1179 ========== ***

Nº de registro: 1179

Título
TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Autores:
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA, HERNANDEZ LANGARITA JAVIER, BORRAZ ABADRIA MARIA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FRACTURAS DE CADERA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los pacientes que ingresan en la unidad de orto geriatría, son pluripatológicos en general y añadir la fractura de cadera, da lugar a una delicada situación tanto para pacientes como familiares difícil de afrontar, que les genera miedo, ansiedad y desconocimiento de como sobrellevarla. Al ingreso se les informa por parte del personal médico y de enfermería de las necesidades y situaciones que suelen darse en este tipo de patología, así como de los horarios y pautas protocolizadas para una eficiente recuperación. Pero tanto al familiar como a los pacientes les cuesta asimilar toda la información, por lo que consideramos que es mucho más eficaz hacerlo a través de un tríptico donde quede plasmada de forma clara y concisa esta información.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1179

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Mejorar la información.
Hacer llegar la información a todos los pacientes que ingresan en la unidad.
Informar de una forma clara y concisa al paciente y familiares que ingresan en la unidad de orto geriatría de las pautas, necesidades y recomendaciones para una eficaz recuperación.

MÉTODO
Recoger y actualizar toda la información que se da al ingreso del paciente tanto escrita como oral y consensuar entre el equipo la más adecuada. Se realizaran dos reuniones 1ª al inicio para aunar la información y agruparla para el diseño del tríptico, repartir el trabajo de diseño en cuanto a plantilla y fotos y/o dibujos. 2ª reunión donde se presente el boceto y realicen los cambios si fueran necesarios.

INDICADORES
Conseguir ofrecer el tríptico a todos los ingresos de la unidad. 100%
Porcentaje de satisfación del usuario en cuanto a la información dada a través de entrevista
Evaluación se plantearía para un posterior proyecto.

DURACIÓN
1ª reunión mayo de 2018
2ª reunión noviembre de 2018
Presentación final del documento en enero 2019

OBSERVACIONES
La unidad de orto geriatría acoge a los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR MOREO BERGADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTO FERRER CARMEN
COARASA CERDAN ANA
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE
TORRALBA OLLOQUI PALOMA
MARCO LARRAGA ROGELIO
MORENO MARIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de mejora constituido por profesionales de las tres provincias: médicos coordinadoras del Programa, radiólogos lectores. Para algunas partes del proceso se incluyeron también Técnicos Superiores de Diagnóstico por la Imagen que desarrollan un importante papel en las actividades del Programa y personal administrativo.
Se realizó un mapa general del proceso, delimitando entradas y salidas. Este aspecto es importante porque el cribado de cáncer de mama tiene puntos de contacto y corte con otros procesos asistenciales de primaria y hospitalarios (cribados oportunísticos, proceso diagnóstico patología mamaria).
Se identificaron varios subprocesos, se establecieron los límites y se nombró propietarios. De cada uno de los subprocesos se diseñó indicadores de medida (al menos dos por proceso) con objeto de construir un pequeño cuadro de mando del Programa.
Se priorizaron y se ha documentado el Proceso general "cribado del cáncer de mama" (propietarias médicos coordinadoras del Programa), "Realización de mamografía de cribado" (Propietarios TSDI). Se está trabajando en el proceso administrativo (propietarias coordinadoras médicos del Programa) y en el protocolo radiológico (propietarios radiólogos lectores). Todos tienen, al menos, dos indicadores de medida de calidad del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Proceso PPCM documentado, con responsabilidades delimitadas: SI
- Total de subprocesos documentados: 50 %
o Tasa de participación (estándar > 70 %)= 74,8%
o Tasa de repetición por problemas técnicos (estándar < 1%)= 0.08%
o Tasa de mamografías intermedias (estándar < 5%)= 4,5%
o Tasa de recribados (estándar < 5%)= 4.1%
o Reclamaciones por trato y/o información recibidas (estándar = 0)= 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante actualizar toda la documentación del Programa de Detección precoz del cáncer de mama. El protocolo radiológico es imprescindible actualizarlo porque la técnica ha evolucionado mucho en los últimos tiempos. Está siendo revisado pero el trabajo asistencial retrasa plasmar en un documento esa actualización.
La misma razón retrasa otro de los aspectos que quedan para evaluar la calidad del PPCM: búsqueda y análisis de los cánceres de intervalo.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/49 ========== ***

Nº de registro: 0049

Título
ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ CANCER DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Autores:
MOREO BERGADA PILAR, BUSTO FERRER CARMEN, COARASA CERDAN ANA, TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE, TORRALBA OLLOQUI PALOMA, MARCO LARRAGA ROGELIO, MORENO MARIN MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.

La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.

La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir a una Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos.
En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.
En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.
Tras haber documentado el proceso general de Programa de detección precoz de cáncer de mama a nivel autonómico, se hace necesario implementar los criterios consensuados a nivel provincial, recogiendo las peculiaridades de infraestructuras y de personal de las diferentes unidades de gestión

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos tener documentado el PPCM en la Unidad de Gestión de Zaragoza, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

MÉTODO
En el proceso intervienen distintas categorías profesionales en actividades que, aunque deben asegurar la continuidad y el seguimiento, se pueden perfectamente delimitar por lo que en principio, se pretende:

?Crear un Grupo de mejora de en la unidad de gestión de Zaragoza integrado, al menos por las Médicos de gestión y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico, Auxiliar de clínica y Auxiliares administrativos)
? Realizar un mapa general del proceso
? Someter a la valoración de todos los profesionales de la Unidad de gestión de Zaragoza del PPCM el mapa realizado
? Identificar los subprocesos del Programa
? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
? Nombrar propietarios de los procesos
? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

INDICADORES
? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
? Subprocesos identificados SI / NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

```
?        Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO


DURACIÓN
?        Creación grupo de mejora: Abril 2018
?        Mapa de proceso: Mayo 2018
?        Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
?        Indicadores seleccionados: medida trimestral
?


OBSERVACIONES
El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea,
Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de
mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane,
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la
Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA COARASA CERDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONGE DE MIGUEL JACINTO
ANDRES GARCIA PILAR
LANAU PUEYO MARIA JOSE
FRANCO CATALAN CONCEPCION
RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE
FRANCO PARICIO CARINA
MOREO BERGADA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han seguido las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de Diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad científica internacional: la Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la guía del US Preventive Services Task force (2002) y la Guía de la American Society (actualización 2003) y la sociedad española de Radiología.
Se identifican los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
Se han mantenido reuniones del grupo de mejora con el objetivo de documentar el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico (TER) del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
Se han diseñado indicadores de cada actividad que permiten evaluar la calidad del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mamografías repetidas por problemas técnicos (estándar < 1 %): 0.08%
Subproceso documentado e implantado: SI
% de TER que han participado en la elaboración del proceso (estándar: 100%): 100%
Satisfacción de las usuarias: No se ha medido a través de encuesta. No se ha recibido ninguna reclamación relacionada con la información ni con la atención recibida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante documentar de forma esquemática todo el proceso de detección precoz de cáncer de mama, delimitando, tanto el responsable del subproceso como los responsables de las distintas actividades.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/134 ========== ***

Nº de registro: 0134

Título
CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Autores:
COARASA CERDAN ANA, MONGE DE MIGUEL JACINTO, ANDRES GARCIA PILAR, LANAU PUEYO MARIA JOSE, FRANCO CATALAN CONCEPCION, RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE, FRANCO PARICIO CARINA, MOREO BERGADA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

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

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

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.
La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años. La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir la Unidad fija situada en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza o a la Unidad móvil, que se desplaza a las cabeceras de las zonas de salud rurales. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Con el trabajo de documentación del proceso que se está realizando, se han identificado subprocesos que precisan de sistematización, documentación y nombramiento de responsables de los mismos.
Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen mas adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de la mamografía por problemas técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Documentar el subproceso “realización de mamografía de cribado y recribados”
- Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
- Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

MÉTODO
- Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

Se siguen los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

INDICADORES
? Mapa del subproceso realizado SI / NO
? Existencia del documento del subproceso SI/NO
? Mamografías repetidas por problemas técnicos
? Nº de mamografías con problemas técnicos/Nº total de mamografías realizadas (<1%)
? Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica (% de usuarias satisfechas o muy satisfechas en relación a las que realizan la encuesta) será superior o igual al 90%

DURACIÓN
- Creación grupo de mejora: Abril 2018
- Mapa de proceso: Mayo 2018
- Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
- Indicadores seleccionados: medida trimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ABRAHAM JOSE MENDOZA DILOY
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA LINES MARIA PILAR
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
ROMO CALVO LAURA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS
MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ABRIL: Reunión con los miembros del equipo donde se dividen las funciones y se estructura cómo se realizará el tríptico-guía del usuario de electroterapia.
Se decide crear un enlace de colaboración en google drive para que todos los miembros estén al corriente de los avances y puedan aportar nuevos datos sin la necesidad de excesivas reuniones

SEPTIEMBRE: Reunión del equipo con el borrador de la guía-tríptico de electroterapia, sugerencias para la maquetación final e inclusión de los planos de ambos hospitales en el folleto.
Se determina la elaboración de la encuesta que se incluirá en el interior del folleto.

OCTUBRE: Se aprueba la versión final de la guía de electroterapia y la encuesta; se estructura el plan de distribución de las mismas, acordándose:
? El reparto de 50 guías por cada consulta de FEA Rehabilitador. (250 trípticos en total).
? La forma de comunicárselo a los TCAE de cada consulta en ambos hospitales (los folletos se entregarán a aquellos pacientes que sean derivados a Fisioterapia/electroterapia).
? Las encuestas serán depositadas en unos buzones habilitados en cada gimnasio.

NOVIEMBRE: Se acuerda con la jefa del servicio rehabilitación del Sector I una reunión con todos los médicos rehabilitadores de ambos hospitales (30 noviembre)

3 DICIEMBRE: Se concierta, con las supervisoras de fisioterapia de ambos hospitales, una reunión con el resto del equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación para explicar el proyecto de calidad, el desarrollo y la entrega de la encuesta. Y ese mismo día se pone en marcha el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha 13/03/2019, se han repartido las 250 guías con sus respectivas encuestas. Habiéndose depositado en los buzones de ambos hospitales un total de 42 encuestas de satisfacción con los siguientes resultados:
Edad media de los encuestados 57.05 años
¿Es la primera vez que recibe tratamiento? Si=31 (73,8%) No=11 (26,2%)
¿Ha encontrado el gimnasio, sala de electroterapia
con facilidad? 4,84/5
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 4,68/5
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 4,47/5
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 4,26/5

Conviene resaltar que de los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente (26.2%), el 72.2 % resolvieron dudas que tenían y el 45.5% encontraron información que desconocían.
Indicador 1 Porcentaje de encuestas rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de encuestas recibidas
42/250=0.168 X 100=16,8%

Indicador 2 Porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos (4)
o muy satisfechos (5) en cada una de las preguntas de la encuesta

¿Ha encontrado el gimnasio, sala de Terapia Ocupacional y/o electroterapia
con facilidad? 95,23%
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 90,47%

¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 83.33%
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 19.05%

¿Qué sugerencia propondría en el servicio de rehabilitación?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Sólo el 47% de los pacientes encuestados plantearon alguna sugerencia

el 21% resaltó la amabilidad y el buen servicio recibido,
el 10% propuso un gimnasio más espacioso en el Hospital Royo Villanova
el resto sugirió la instalación de vestuarios, habilitar más gimnasios de fisioterapia en el SALUD y mejorar los traslados en ambulancias, entre otros

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente con los objetivos marcados en el proyecto
Se ha creado una guía que está disponible en los ordenadores de cada consulta de rehabilitación del sector I para su utilización
Consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible por el Servicio de Rehabilitación del Sector I, abarcando a los pacientes derivados a electroterapia de los hospitales Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia.

7. OBSERVACIONES.
El número de encuestas recibidas a fecha de hoy es bajo, sólo un 16.4% Creemos que los plazos han sido demasiado justos ya que existe un tiempo de demora entre la primera consulta con el Médico Rehabilitador hasta que el paciente llega finalmente a electroterapia en su respectivo hospital. Pensamos que una buena parte de los pacientes que recibieron el tríptico no han sido llamados todavía a su tratamiento ya que recibimos la mayoría de las encuestas en los últimos días.
Además, consideramos que esos dos meses de espera, en parte debido al periodo vacacional de navidad, perjudican para que el paciente guarde la encuesta y la deposite en el buzón correspondiente.
Si bien, creemos que tampoco tendría sentido demorar más la conclusión del proyecto ya que debido a su naturaleza de información y a la validación de un equipo multidisciplinar de rehabilitación, los datos esencialmente variarán poco a los obtenidos.
Dado que el proyecto se entregó antes que la conformación de las encuestas de satisfacción, se han modificado algunos de los indicadores que se plantearon en un inicio. Si bien se ha mantenido el espíritu de los mismos

*** ========== Resumen del proyecto 2018/205 ========== ***

Nº de registro: 0205

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, CAMBRA LINES MARIA PILAR, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, ROMO CALVO LAURA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS, MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Rehabilitación. Pacientes externos derivados a
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Electroterapia es una parte de la fisioterapia que tiene sus propias normas de aplicación. El objetivo del proyecto es mejorar la comunicación entre el equipo multidisciplinar del servicio de electroterapia de atención especializada del sector I de Zaragoza(rehabilitación) con los usuarios de dicho servicio, mediante:
a) Elaboración de un manual del usuario (tríptico), que explique las normas y solucione las dudas para un mejor funcionamiento y una mayor optimización de las sesiones de electroterapia.
b) Mejorar la comunicación del equipo multidisciplinar de rehabilitación
c) Crear una encuesta de satisfacción para saber si estos objetivos han sido cubiertos y en qué grado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

RESULTADOS ESPERADOS
La propuesta es crear y distribuir un tríptico con los siguientes objetivos:

a) Dar al usuario información sobre las normas del servicio de electroterapia
b) Optimizar las sesiones de electroterapia
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y el servicio de electroterapia
d) Informar al paciente de los riesgos en caso de marcapasos, embarazo, etc…
e) Anticipar las dudas o problemas más comunes que se suelen presentar
f) Dotar al usuario del servicio de una encuesta de satisfacción
g) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

MÉTODO
• Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo del servicio de electroterapia
• Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear una encuesta de satisfacción del servicio de electroterapia
• Informar a todos los profesionales implicados en el servicio de electroterapia de este sector, de la existencia del tríptico y la encuesta de satisfacción, informales sobre su distribución (se entregarán conjuntamente un número concreto de encuestas y de trípticos, en las consultas de médico rehabilitador, para su posterior evaluación), y recogida de encuestas (en el servicio de electroterapia del Hospital Nuestra Señora de Gracia y/o Hospital Royo Villanova de Zaragoza) y valoración/evaluación por el equipo del proyecto.

INDICADORES
-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de electroterapia después de haber sido derivado por el FEA rhb
Descripción: Nº de pacientes que reciben el tríptico/Nº de pacientes derivados a electroterapia por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el tríptico/encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el tríptico del servicio de electroterapia
Descripción: Nº de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nºde pacientes que reciben el tríptico X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de electroterapia
Descripción:Nº de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio/Nº de pacientes que reciben la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

DURACIÓN
Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico
y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de
rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CAMBRA LINES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
ARTIGAS GARCIA ANA
VALERO TOMAS ESMERALDA
PUENTE OTIN SILVIA
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
BONED BLANQUEZ MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A fecha 13/03/19, se han repartido las 250 guías con sus respectivas encuestas. Habiéndose depositado en los buzones de ambos hospitales un total de 44 encuestas de satisfacción con los siguientes resultados:
Edad media de los encuestados 58.02 años
¿Es la primera vez que recibe tratamiento? Si=32 (72.72%) No=12 (27.27%)
¿Ha encontrado el gimnasio, sala de electroterapia
con facilidad? 4,79/5
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 4,68/5
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 4,5/5
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 4,34/5

Conviene resaltar que de los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente (27,27%), el 83,33 % resolvieron dudas que tenían y el 66.6% encontraron información que desconocían.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1 Porcentaje de encuestas rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de encuestas recibidas

44/250=0.176 X 100=17,6%

Indicador 2 Porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos (4)
o muy satisfechos (5) en cada una de las preguntas de la encuesta

¿Ha encontrado el gimnasio, sala de Terapia Ocupacional y/o electroterapia
con facilidad?
90,90%
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 93,18%
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 84,09%
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 13,63%

¿Qué sugerencia propondría en el servicio de rehabilitación?
Sólo el 46% de los pacientes encuestados plantearon alguna sugerencia, de los cuales:
el 23% resaltó la amabilidad y el buen servicio recibido,
el 10% propuso un gimnasio más espacioso en el Hospital Royo Villanova
el resto sugirió la instalación de vestuarios, habilitar más gimnasios de fisioterapia en el SALUD y mejorar los traslados en ambulancias, entre otros

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente con los objetivos marcados en el proyecto
Se ha creado una guía que está disponible en los ordenadores de cada consulta de rehabilitación del sector I para su utilización
Consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible por el Servicio de Rehabilitación del Sector I, abarcando a los pacientes derivados a fisioterapia y terapia ocupacional de los hospitales Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia

7. OBSERVACIONES.
El número de encuestas recibidas a fecha de hoy es bajo sólo un 17,6 % Creemos que los plazos han sido demasiado justos ya que existe un tiempo de demora entre que el paciente tiene consulta con el Médico Rehabilitador hasta que finalmente llega al gimnasio de fisioterapia o terapia ocupacional en el respectivo hospital. Es ahora cuando están llegando a fisioterapia y/o terapia ocupacional los pacientes que recibieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

el tríptico y pensamos que una buena parte de ellos no han sido llamados todavía para su tratamiento.
Además, consideramos que esos dos meses de espera, en parte debido al periodo vacacional de navidad, perjudican para que el paciente guarde la encuesta y la deposite en el buzón correspondiente.
Si bien, creemos que tampoco tendría sentido demorar más la conclusión del proyecto ya que debido a su naturaleza de información y a la validación de un equipo multidisciplinar de rehabilitación, los datos esencialmente variarán poco a los obtenidos.
Dado que el proyecto se entregó antes que la conformación de las encuestas de satisfacción se han modificado algunos de los indicadores que se plantearon en un inicio. Si bien se ha mantenido el espíritu de los mismos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/229 ========== ***

Nº de registro: 0229

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
CAMBRA LINES MARIA PILAR, MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, ARTIGAS GARCIA ANA, VALERO TOMAS ESMERALDA, PUENTE OTIN SILVIA, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, BONED BLANQUEZ MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: rehabilitación pacientes externos derivados a gimnasio de fisoterapia
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El ejercicio de la fisioterapia conlleva una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas, por lo que planteamos presentar un plan de acogida para el usuario en un tríptico que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia y resuelva las dudas.
La elaboración de este tríptico conlleva una mayor comunicación con el equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación del Sector I de Zaragoza y una mejora la comunicación entre los hospitales del sector (Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova)
Para valorar la efectividad de un tríptico se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

RESULTADOS ESPERADOS
objetivos:
a) Informar al paciente de las recomendaciones en la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
b) Optimizar las sesiones de Fisioterapia/Terapia ocupacional
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
d) Anticipar la resolución de los problemas más comunes que se suelen presentar
e) Dotar al usuario de una encuesta de satisfacción con el servicio recibido
f) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

MÉTODO
a) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo para los pacientes derivados a fisioterapia especializada y Terapia Ocupacional en los Hospitales del Sector I de Zaragoza
b) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para elaborar una encuesta de satisfacción que evalúe el tríptico anterior
c) Reunirse con los profesionales implicados en el servicio de Rehabilitación del Sector I (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapuetas y Terapia Ocupacional) para explicarles la existencia del tríptico y de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución (Se entregaran conjuntamente un número determinado de trípticos y encuestas,en la consulta del FEAs), y se recogerán en urnas disponibles en los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

gimnasios de fisioterapia especializada de ambos hospitales del sector, para su posterior evaluación

INDICADORES
-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: Nº de pacientes que reciben el tríptico/Nº de pacientes derivados a fisioterapia especializada por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico del gimnasio
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el tríptico/encuesta del gimnasio X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satifechos con la información recibida en el tríptico del gimnasio del servicio de fisioterapia especializada
Descripción: Nº de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nºde pacientes que rellenan la encuesta del gimnasio X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de fisioterapia especializada
Descripción:Nº de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio de fisoterapia especializada/Nº de pacientes que rellenan la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

DURACIÓN
Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA ANAYA GIL
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRAN EMBID SILVIA
VIZAN IDOIPE TERESA
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
LACARTA CHAVARRIAS MARIA
SANZ RODRIGUEZ ESTER
CORTES GIL ROSA ANA
MUÑOZ DIESTRE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Finalmente se han realizado tres reuniones para la puesta en marcha del proyecto.
La primera reunión tuvo lugar en septiembre de 2018, redactándose un borrador del documento que recogía las primeras ideas sobre la estructura y contenidos del mismo.
La segunda reunión tuvo lugar en Octubre de 2018, quedando ya por fin redactado el documento en su forma definitiva, con el consenso de todos los profesionales implicados en cuanto a la información que debía recoger el documento y la maquetación del mismo.
En esta reunión se acuerda también el diseño de una hoja de registro informático (documento Excel) para recoger los nombres y fecha de firma de los pacientes que firmen el documento de AV, con vistas a los cálculos de los indicadores propuestos en el programa.

Por último se acuerda que la fecha de implantación del documento será el 05/11/2018, antes de la cual deberá presentarse el proyecto al equipo de profesionales del Servicio de Gimnasio del HNSG.
Dicha reunión de presentación tiene lugar el 02/11/2018, estando presentes los fisioterapeutas, terapeuta ocupacional y TCAE del gimnasio del HNSG.
El objetivo de la presentación del proyecto era que todos los profesionales implicados en el tratamiento en gimnasio del paciente tuvieran conocimiento de la necesidad de recoger la información del hecho de que un paciente abandone o desista de su tratamiento de fisioterapia, electroterapia o terapia ocupacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha de 22/02/2019, se han recogido un total de 33 documentos de AV, en los que se especifican los datos personales del paciente, su número de Historia de Rehabilitación, el servicio en el que causa baja y el motivo de la renuncia.

Los indicadores que se utilizan en el proyecto son los siguientes:

Indicador 1: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
23/603 x 100 = 3‘81%

Indicador 2: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
9/186 x 100 = 4‘83%

Indicador 3: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
1/42 x 100 = 2‘38%

Como podemos observar según los resultados alcanzados, es muy pequeña la tasa de abandono de tratamiento en el servicio de rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Las fuentes de obtención de estos datos son:

Para el número de pacientes que firman el documento de AV, causando baja en cada uno de los tres servicios: hoja de registro Excel creada para tal fin en el proyecto.
Para el número de pacientes que inician tratamiento en cada uno de los tres servicios: hoja de registro general de pacientes del gimnasio de fisioterapia y TO del HNSG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente los objetivos finales del proyecto a fecha actual, de 20/02/2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El documento está siendo utilizado por el personal del gimnasio del HNSG para registrar las altas voluntarias en el Servicio, visto lo cual creemos innecesario el hecho de realizar una revisión al año de su implantación.

Con todo esto, consideramos queel proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible en adelante en el Servicio de Rehabilitación del HNSG, quedando así implantado indefinidamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/234 ========== ***

Nº de registro: 0234

Título
PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ANAYA GIL TERESA, GRAN EMBID SILVIA, VIZAN IDOIPE TERESA, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, LACARTA CHAVARRIAS MARIA, SANZ RODRIGUEZ ESTER, CORTES GIL ROSA ANA, MUÑOZ DIESTRE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Documentacion

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

PROBLEMA
Se ha detectado la ausencia de un documento formal para que los pacientes que se hallen recibiendo un tratamiento de fisioterapia (ya sea en gimnasio o en electroterapia) o de terapia ocupacional (TO) y deseen suspenderlo por razones personales, firmen bajo su responsabilidad, solicitando de esta manera el ALTA VOLUNTARIA (AV) de dicho tratamiento.
Según el artículo 4 de la Ley 6/2002 (15 de Abril) de Salud de Aragón, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, y así lo especifica en el documento de alta voluntaria.
Asimismo, conforme al artículo 5 de la citada ley, el paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos en los que no se acepte el tratamiento (o se produzca el desestimiento del mismo).
De negarse a ello, la dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.
En la actualidad, al no existir un documento formal para este supuesto, es la Supervisora del Servicio de Rehabilitación la que elabora una hoja para que el paciente firme, asumiendo de este modo la responsabilidad sobre la interrupción del tratamiento pautado por su médico rehabilitador.
No obstante, en una gran mayoría de las ocasiones el paciente abandona el tratamiento sin dejar constancia expresa, e incluso por vía telefónica. Esta circunstancia se registrará igualmente en el documento de AV, aún en el caso de que el paciente no lo firme.
Por los motivos expuestos, el Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional mejorará por el hecho de estandarizar un formulario para esta circunstancia tan frecuente, posibilitando de este modo el registro de las altas voluntarias y abandonos de tratamiento, que ralentizan y entorpecen el funcionamiento del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende asegurar la no imputación al Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la finalización anticipada del tratamiento de un determinado paciente.
La población diana serían los pacientes en tratamiento de Fisioterapia (incluyendo Electroterapia) o Terapia Ocupacional que soliciten el alta anticipadamente al número de sesiones pautado por el médico rehabilitador. En el caso de que se tratara de un menor de edad o incapacitado mental, el responsable de la firma sería su progenitor o representante legal.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El número de sesiones a realizar serían 3.
Primera sesión: diseño del documento de Alta Voluntaria.
Segunda sesión: se realizaría la revisión previa a la impresión del documento, el diseño de la hoja de registro electrónico de los pacientes que abandonan el tratamiento (firmen o no el documento) y la puesta en marcha del proyecto.
Tercera sesión: tendría lugar al año de la puesta en marcha del proyecto, y se analizarían los resultados obtenidos, según la hoja de registro electrónico y la revisión de los documentos recogidos. Comentar posibles incidencias.
Recursos materiales: papel para los Documentos de AV, fotocopiadora, carpeta archivadora, ordenador (para el diseño del documento y de la hoja de registro tipo Excel).

INDICADORES
Indicador 1:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en gimnasio/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de Fisioterapia en gimnasio X 100.
Indicador 2:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en electroterapia/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de Electroterapia X 100.
Indicador 3:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en TO/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de TO X 100.

Aclaración de términos: un paciente puede ser usuario en los tres servicios y puede darse la circunstancia de que solicite AV en uno o varios de ellos.

Fuente de datos: para todos los indicadores, la fuente será la misma, a saber, los documentos de AV y la hoja electrónica de registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación.

Estándar: el valor máximo a alcanzar sería entre el 10-20%, es decir que solamente entre un 10 y un 20% de los pacientes en cada uno de los indicadores abandone el tratamiento.

DURACIÓN
1. Diseño del impreso: unas dos semanas. Todos los componentes del equipo colaborarán en esta tarea.
2. Revisión del impreso, impresión e implantación: 1 mes. De nuevo todos los componentes del equipo estarán incluidos en esta tarea.
3. Análisis de datos y resultados: tendrá lugar al año de su implantación, y de nuevo todos los componentes colaborarán.
Fecha de inicio: septiembre 2018.
Fecha de finalización: septiembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GRAN EMBID
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANAYA GIL TERESA
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE
SOLER COLLADO CAROLINA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL
CORTES GIL ROSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de calidad de elaboración de un modelo de consentimiento informado (CI) para punción seca (PS), se ha llevado a cabo en 4 reuniones (1 reunión más de la prevista para poder presentarlo a todo el equipo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia):
El proyecto de calidad de elaboración de un modelo de consentimiento informado (CI) para punción seca (PS), se ha llevado a cabo en 4 reuniones (1 reunión más de la prevista para poder presentarlo a todo el equipo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia):
1ª Reunión (3/9/2018): Brainstorming del equipo del proyecto de calidad. Elaboración del borrador del CI de PS. Se deja abierto un periodo de reflexión para futuras sugerencias y propuestas al diseño provisional.
2ª Reunión (9/10/2018): Consolidación y realización del diseño definitivo del modelo de CI. Diseño del registro informático a implantar en el Servicio de Rehabilitación.
3ª Reunión (30/11/2018): Presentación del modelo en soporte de papel (a adjuntar en la historia clínica del paciente) y del registro adicional en soporte informático al equipo multidisciplinar del Servicio de Rehabilitación (incluyendo a las supervisoras de la unidad).
La puesta en marcha del uso del consentimiento informado se inició en el Servicio de Rehabilitación el 10/12/2018 (incluyendo Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova), tras las reuniones previas de la elaboración del mismo.
4ª Reunión (25/02/2019): Recopilación de datos y evaluación por parte del equipo.

Los datos recopilados (número total de consentimientos informados en el servicio) corresponden al periodo del 10/12/2018 al 25/02/2019).

Recursos: Hojas del CI. Hoja de registro en soporte digital (Excel).

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora de calidad (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS GENERALES:
- Participación e implicación de los profesionales del equipo de rehabilitación en la elaboración de un modelo de CI de PS, como técnica utilizada por fisioterapeutas especializados, previa orden clínica del FEA rehabilitador.
- Elaboración de un modelo de CI que incluye información adecuada y comprensible para el paciente sobre la técnica de PS.
- Puesta en marcha del modelo de CI en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

INDICADORES:

INDICADOR 1:
Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad en el periodo de tiempo indicado.
DESCRIPCIÓN:
Nº de pacientes que reciben PS / Nº de pacientes totales de la unidad (en el periodo de tiempo indicado) x 100
12/356 x100 = 3,4%
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
- La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA rehabilitador.
- El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
- El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.
- El periodo de tiempo de recopilación de datos (puesta en marcha de uso del modelo de CI por parte de todo el equipo de rehabilitación) fue del 10/12/2018 al 25/02/2019.
FUENTE:
- Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 10/12/2018 al 25/02/2019 (la lista de espera general excluye la lista de espera de electroterapia).
- Registro soporte papel de CI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

- Registro soporte digital hoja Excel.
ESTÁNDAR: 100%*
*Es necesario aclarar que, aunque el indicador refleja el total de pacientes que recibe el CI en el periodo de tiempo establecido, no todos los pacientes son susceptibles de la pauta de tratamiento con PS por parte del FEA rehabilitador. Por lo tanto, el estándar establecido en el proyecto queda reflejado quizás de forma confusa, ya que el equipo quería establecer como estándar que el 100% de los pacientes que son susceptibles de recibir este tipo de tratamiento y se les es pautado por el FEA rehabilitador firman el CI. Esto se ha cumplido en todos los casos (100%).
No obstante, el equipo quería evidenciar el porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado la técnica de PS ya con la puesta en marcha del modelo de CI. Como el objetivo principal del proyecto era la elaboración de un modelo del CI para PS, la puesta en marcha del proyecto por parte de todo el equipo ha comenzado a partir del 10/12/2018, correspondiendo al 3,4% de los pacientes con tratamiento de fisioterapia con PS sobre el total de pacientes en tratamiento de fisioterapia, desde esa fecha hasta la elaboración de esta memoria del proyecto de calidad.

INDICADOR 2:
Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado (en el tiempo indicado).
DESCRIPCIÓN:
Nº de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ Nº de pacientes totales que han firmado el CI (en el periodo de tiempo indicado) x 100
0/12 x 100 = 0%
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
- El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.
- El periodo de tiempo de recopilación de datos (puesta en marcha de uso del modelo de CI por parte de todo el equipo de rehabilitación) fue del 10/12/2018 al 25/02/2019.
FUENTE:
- Registro soporte papel de CI.
- Registro soporte digital Excel.
ESTÁNDAR: 5%-10%

IMPACTO DEL PROYECTO:
El proyecto ha tenido muy buena acogida por parte de todo el equipo de rehabilitación. Se ha cumplido el objetivo principal, resultado un modelo de CI para PS en el que se han implicado todos los profesionales del equipo. Con el modelo de CI los fisioterapeutas tienen una cobertura jurídica y una vía de actuación clínica establecida en el marco de la seguridad clínica, dentro de sus competencias profesionales. Asimismo, el CI brinda el derecho de autonomía del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de rehabilitación valora positivamente la creación de un modelo pionero de CI para la técnica de PS dentro del marco competencial de fisioterapia, ofreciendo una cobertura jurídica que hasta ahora no existía en fisioterapia de atención especializada de los hospitales del Sector Zaragoza I. Asimismo, este proyecto ha permitido al equipo de rehabilitación consensuar la homogeneidad de la vía clínica de la técnica de PS de fisioterapia para aquellos pacientes que son susceptibles de este tipo de técnica pautada por el FEA rehabilitador.
Hasta la fecha fin de recogida de datos (25/02/2019) ningún paciente había revocado el CI (indicador del 0% de revocación del CI una vez firmado). El modelo de CI ha sido muy bien aceptado por los pacientes, ya que la mayoría expresaba comprender mejor la información sobre la técnica de PS e incluso tener mayor seguridad al poder reafirmar las explicaciones proporcionadas por los fisioterapeutas, consolidando la relación terapéutica.
No obstante, aunque sólo se haya realizado en un 3,4% de los pacientes, hay que tener en cuenta que el objetivo principal de este proyecto de calidad era la elaboración del modelo de CI y que el tiempo de recopilación de datos ha sido desde el 10/12/2018.
Por lo tanto, queda abierta la posibilidad futura de un proyecto de seguimiento de la implantación del modelo de CI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/250 ========== ***

Nº de registro: 0250

Título
PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

GRAN EMBID SILVIA, ANAYA GIL TERESA, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE, SOLER COLLADO CAROLINA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL, CORTES GIL ROSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad clínica

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

PROBLEMA
La punción seca (PS) es una técnica invasiva utilizada en fisioterapia para el tratamiento de síndrome de dolor miofascial con el objeto de disminuir y/o eliminar el dolor y reestablecer la función miofascial. Se realiza con agujas específicas similares a las de acupuntura, sin infiltrar ningún tipo de sustancia en el organismo. Requiere de una formación de fisioterapia específica y acreditada con tal. Asimismo, al incluirse el Servicio de Rehabilitación en atención especializada, en este caso, la técnica requiere estar pautada por FEA Rehabilitador. En base a lo dispuesto en la Ley 4/2002 (14 Noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (arts. 8, 9 y 10), y en la Ley 6/2002 (15 Abril), de Salud de Aragón (arts. 4, 5, 6 y 12), se estima oportuna la creación de un modelo de documentación de consentimiento informado (CI) para la aplicación de la PS, al tratarse de un procedimiento invasivo al suponer riesgo e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Previamente, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, así como las contraindicaciones, los riesgos, posibles efectos adversos, beneficios y alternativas de tratamiento de PS.

RESULTADOS ESPERADOS
-Informar adecuadamente y de forma comprensible al paciente sobre el procedimiento de la técnica, alternativas, contraindicaciones y posibles riesgos.
-Ejercer el derecho de autonomía del paciente respecto al proceso asistencial.
-Dotar de protección legal al profesional sanitario (fisioterapeuta) y al Servicio Aragonés de Salud.
Población diana: pacientes a los que se les pauta por el/la FEA rehabilitador/a la técnica de PS dentro de las órdenes médicas de fisioterapia en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

MÉTODO
Número de reuniones a realizar: 3

1ª Reunión: Diseño de la hoja de CI.
2ª Reunión: Diseño de la hoja de registro en formato digital. Puesta en marcha del proyecto con la presentación del CI definitivo a todo el equipo de rehabilitación implicado con la técnica de PS.
3ª Reunión: Recopilación de los datos registrados. Evaluación del proyecto, de posibles incidencias así como del grado de aceptación del paciente.

Recursos materiales:
- Hojas de CI.
- Hoja de registro en soporte digital (Excel).
- Carpeta para archivador.
- Impresora.

INDICADORES
INDICADOR: Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad
DESCRIPCIÓN: Nº de pacientes que reciben PS / Nº de pacientes totales de la unidad x 100
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
-La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA Rehabilitador.
-El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
-El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.
FUENTE:
-Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 2018-2019.
-Registro soporte papel de CI.
-Registro soporte digital tipo Excel.
ESTÁNDAR: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

INDICADOR: Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado
DESCRIPCIÓN: Nº de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ Nº de pacientes totales que han firmado el CI x 100
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS: El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.
FUENTE:
- Registro soporte papel de CI.
- Registro soporte digital tipo Excel.
ESTÁNDAR: 5%-10%

DURACIÓN
1ª Reunión: (Diseño del CI) 15 días después de la aceptación del proyecto.
2ª Reunión: (CI definitivo, diseño del registro informático y presentación al resto del equipo de rehabilitación): 1 mes después de la primera reunión.
3ª Reunión: (Recabar datos y evaluación): 1 año después del inicio del proyecto.

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARROYO RAMOS ESTHER
CHICOTE ABADIA BEGOÑA
SANCHEZ RAYERO PATRICIA
GIL SANCHEZ ESPERANZA
ESCARTIN GARCIA CARLOS
GUILLEN VIRUETE CARMEN
FALCES GARCIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nunca hemos valorado, en el servicio de Urgencias, como un indicador de calidad, a aquellos pacientes que se fugan. Por eso y aprovechando que el nuevo sistema de SET_PAT es más completo y nos proporciona mayor información, nos propusimos comprobar como este indicador de calidad podía ayudarnos a mejorar. Se establecieron tres grupos: El 1er grupo serían los pacientes perdidos que se van sin ser registrados en admisión. El 2º grupo, los que se registran administrativamente y se van sin esperar ser triados. El 3er grupo, los que una vez triados se marchan sin esperar a ser atendidos por el médico.Dentro de la actividad que se programó, fue una mayor comunicación con el Servicio de Admisión de Urgencias. Ellos son los que detectan cuando un paciente esta remiso a dar sus datos personales y se va dando cualquier excusa.
Estos pacientes del 1er grupo, sin registro son muy difíciles de detectar pues prácticamente desaparecen de la ventanilla de admisión sin dar ninguna explicación, ni excusa, simplemente se dan media vuelta y se van. Se pactó con admisión en avisar rápidamente a enfermería para que pudiera interceptarlos, pero no se consiguió nada, bien porque enfermería no podía salir tan rápidamente como era necesario o bien porque ellos se iban enseguida.
Controlar el 2º grupo de pacientes, fue más fácil, al haber dado los datos administrativamente se pudieron contabilizar.
En el 3er grupo de pacientes, fue fácil la valoración y el control del tiempo de espera, ya que eran pacientes triados, que fueron fuga o alta voluntaria ante la demora de la atención en los niveles III, IV y V.
Se contó como recurso informático con el programa PCH de Urgencias y PAT de triaje de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los indicadores:
1er Indicador: Número de pacientes perdidos antes de ser triados por enfermería (196) por el número total de pacientes registrados en Admisión (5640)
1er IC = 196: 5640 x 100 = 3,475%
2º Indicador: Número de pacientes perdidos antes de ver vistos por el médico (142) por el número total de pacientes triados por enfermería (5444)
2º IC = 142: 5444 x 100 = 2,608%
Según el control estadístico, que se ha realizado con los datos del PCH, dentro de los 142 pacientes perdidos se ha encontrado, que según los niveles de clasificación por emergencia los pacientes que más se han perdido, han sido los de niveles IV y V. Haciendo diferenciación entre fugados y los que solicitaron alta voluntaria.

Nivel de Urgencias	Fugados	Alta Voluntaria	Total	%
Nivel V	27	18	45	31,6%
Nivel IV	48	26	74	52,1%
Nivel III	8	11	19	13,3%
Nivel II	1	3	4	2,8%

El estandar que hemos conseguido de pacientes con Altas voluntaria en el H. Migel Servet es de un 2,4% y en el H.Royo Villanova es de un 2,3%, el estandar de nuestro hospital estaria en 1,06, siendo el del SALUD 1,9%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para evitar fugas o altas voluntarias, se ha priorizado la atención y el triaje de enfermería, intentando no superar los tiempos de entre 10´a 15´ minutos para la realización del triaje.
Se ha hecho más hincapié en el retriaje, pero los niveles IV y V aunque se haga un retriaje, con tiempos de espera tan largos no se ha conseguido mejorar, los pacientes tienden a irse.
No se ha utilizado el sobretriaje.
Sobre todo se ha intentado retriar el nivel III, que es el que más carga emocional contiene al ser un paciente urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que exige pruebas diagnósticas y que puede aguantar hasta una demora máxima de 60 minutos.
Se pudo observar una mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación a la rapidez de atención y al tiempo que había trascurrido. El retriaje hace que el paciente no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

tenga la sensación de que se han olvidado de él.
Se aseguró la praxis de enfermería frente a la toma de decisiones sencillas y actuaciones rápidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/828 ========== ***

Nº de registro: 0828

Título
PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD (IC)

Autores:
LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA, ARROYO RAMOS ESTHER, VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE, CHICOTE ABADIA BEGOÑA, GIL SANCHEZ ESPERANZA, ESCARTIN GARCIA CARLOS, GUILLEN VIRUETE CARMEN, FALCES GARCIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora continua de la asistencia

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

PROBLEMA
Dentro de todos los trabajos que hemos realizado en el Servicio de urgencias del H. Ntra. Sra. de Gracia, hemos evaluado diferentes Indicadores de Calidad siempre relacionados con la atención de los pacientes una vez clasificados y su nivel de urgencia, pero nunca hemos valorado aquellos pacientes que se "fugan", pacientes perdidos que tanto se van sin ser registrados administrativamente, los que se registran y se van, como los que se van sin ser clasificados.El conocer estos datos nos permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora dentro de la dinámica de mejora continua de la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Evaluar y relacionar los niveles de urgencia con los IC específicos para el estudio.
2. Valorar, conocer y evaluar el indice de pacientes registrados pero no clasificados
3. Valorar, conocer y evaluar el indice de pacientes clasificados pero no visitados.
4.Conocer el estándar donde se sitúa nuestro servicio de urgencias

MÉTODO
Dentro de las actividades previstas es necesaria una comunicación optima con el Servicio de Admisión de Urgencias para poder detectar pacientes con riesgo de fuga, no registrados. Este estándar es prácticamente imposible de establecer, pues son pacientes que apenas permanecen en la sala de espera y se van.

Control de tiempo de espera para aquellos pacientes que esperan a ser triados, no superando los 10 minutos desde su registro.

De la misma manera control del tiempo de espera de todos aquellos pacientes clasificados, triados, que puedan ser objeto de fuga o alta voluntaria ante la demora de atención, en los niveles III, IV y V

INDICADORES
El indice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación, por lo que planteamos dos indicadores concretos.
1er IC: Nº pacientes perdidos antes de ser clasificados (triados)
Total de pacientes registrados

2º IC: Nº pacientes perdidos y clasificados sin ser vistos por medico
Total de pacientes clasificados (triados)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

Seguimiento del proyecto los tres últimos meses consecutivos del año 2018, desde el 1 de octubre al 31 de diciembre.
Se implantará y se seguirá por todos los profesionales de enfermería del servicio y durante los tres turnos de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 18/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA
ANGULO BORQUE ANA OLGA
ASCASO VILLAGRASA SUSANA
DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS
MATEO PALACIOS EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en Pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.
LA PLANTILLA CAMBIÓ POCO DESPUÉS DE PRESENTAR EL PROYECTO.

PERSONAS QUE QUEDARON FUERA DEL PROYECTO: VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA Y DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS.

PERSONAS QUE HAY QUE INCLUIR EN EL PROYECTO: LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, HERRANZ SOLANO FERNANDO Y MATA PANIVINO MARIA VICTORIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/46 ========== ***

Nº de registro: 0046

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS, MATEO PALACIOS EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
MATEO PALACIOS EDUARDO
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR
HERRANZ SOLANO FERNANDO
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
• Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/46 ========== ***

Nº de registro: 0046

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS, MATEO PALACIOS EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
USON ALVAREZ CRISTINA
LOZANO SANCHEZ ELENA
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han desarrollado reuniones espaciadas para ir tomando decisiones e ir controlando la recogida de datos, así como, valorando los primeros resultados obtenidos.
Lo primero que se planteó fueron los criterios de inclusión al proyecto, que en nuestro caso serían pacientes a los que se colocasen vías centrales en la sala blanca del despertar del bloque quirúrgico.
Por otra parte, se planteó el orden cronológico en el que se llevarían a cabo las actividades propuestas, y el material a utilizar (hoja de registro).

Una vez incluido el paciente en el estudio se valora como se realiza el proceso:

1. ¿Se ha rellenado la hoja de verificación correctamente?
2. ¿Han entrado en la sala sólo el personal imprescindible?
3. ¿Estaba la sala limpia de forma adecuada?
4. El material que se introdujo en la sala ¿estaba Limpio?
5. ¿Se mantuvieron cerradas las puertas durante el procedimiento?
6. ¿Se ha hecho un uso correcto de la sala blanca?
El personal recoge todos estos datos en la hoja de registro diseñada para ello, para su posterior valoración.
Todas estas actividades se han realizado por el personal implicado en el estudio.
Se realizaron asi mismo las siguientes reuniones:

Acta 1 13-marzo-2018

Asistentes:Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón
1.Se elige a Mº Angeles Gimeno como secretaria del proyecto.
2.Se plantea el método de trabajo para valorar el cumplimiento de la verificación de actividades para optimizar la asepsia.
3.Se monitoriza el registro de la hoja de verificación.
4.Se recogerá también información sobre el correcto uso de la sala: limpieza, cierre de puertas, personal implicado...
5.Se elabora una hoja para la recogida de datos.

Acta 2 8-mayo-2018

Asistentes Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.
1.Se confirma la idoneidad de la hoja de registro de datos.
2.Valoramos los datos recogidos hasta el momento: número de hojas de verificación revisadas, primeros resultados...
3.Se decide continuar recogiendo información.

Acta 3. 27-septiembre-2018

Asistentes: Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.
1.Se expone la evolución de la recogida de datos.
2. Se propone la realización de una hoja excel para trasladar los datos recogidos.
3.Se plantea una próxima reunión para analizar los datos e iniciar la memoria.

Acta 4 28-noviembre-2018

Asistentes: Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.
1.Se expone la hoja excel con los resultados optenidos.
2.Se valoran los resultados obtenidos.
3. Se diseña un borrador para realizar la memoria final del proyecto.

Acta 5 10-enero-2019

Asistentes:Mª Mercedes Dieste, Mº Angeles Gimeo, Elena Lozano y Cristina Usón.
1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2.Se diseña la memoria final.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogen datos de 30 pacientes a los que se les colocó vía central en la sala blanca, situada en el Despertar.

Los resultados son los siguientes:

1. Se rellenó la hoja de verificación en 28 pacientes.
2. Durante el procediemiento se optimizó la entrada de personal en el 100% de los casos.
2. En todos los casos la limpieza de la sala y del material fueron correctos.
4. El cierre completo de las puertas se realizço en 14 pacientes.
Ante los resultados obtenidos y nuestra observación directa, queda demostrado que se realiza un uso adecuado de la sala blanca, sólo cabría mejorar el punto de cierre adecuado de puertas mientras el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto era disminuir la incidencia de infecciones debidas a los catéteres centrales cuya causa podría ser la falta de asepsia en la inserción del catéter con el uso óptimo de la sala blanca.
Entendemos por sala blanca una habitación o sala especialmente diseñada para obtener bajos niveles de contaminación.
Se proriza esta complicación porque el aumento de infecciones influye directamente en la recuperación del paciente y se retrasa el alta hospitalaria.

Los objetivos principales eran:

-Disminuir las infecciones en vías centrales debidas a la falta de asepsia en la canalización.
-El personal de que interviene en el proceso de insersión debe conocer y extremar las medidas de seguridad antimicrobiana.
-El personal de enfermería debe rellenar exhaustivamente la hoja de verificación en la insersión de vías centrales.
-El personal debe verificar la correcta limpieza de la sala y del material.
-Hacer un uso correcto de la sala blanca.

Al realizar este trabajo no sólo hemos sido conscientes de la importancia de la asepsia en la colocación de las vías centraes, también hemos sido conscientes de la importancia de seguir los pasos minuciosamente y de rellenar la hoja de verificación.
También nos hemos dado cuenta de la importancia de tener una sala blanca para realizar estas técnicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/869 ========== ***

Nº de registro: 0869

Título
UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Autores:
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, USON ALVAREZ CRISTINA, LOZANO SANCHEZ ELENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Destacamos la necesidad detener una zona limpia dentro de la unidad de reanimación del hospital Royo Villanova dado el volumen de pacientes que salen del quirófano.
La necesidad de ésta sala surge para favorecer la aplicación del protocolo de asepsia indicada en ésta técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Disminución de la tasa de infección debida a la canalización de vías centrales.

MÉTODO
-Realización de una hoja de verificación respecto al uso de la sala blanca y la correcta aplicación del protocolo de vía central.
-Recopilación de datos respecto a las infecciones surgidas por la colocación vía central.
-Reuniones cada dos meses para ver los resultados y como favorecer la utilización de la sala blanca en la disminución de las infecciones.
-Modificación, si es necesario, de lagún inten de control de verificacion.

INDICADORES
-LLegaremos a la optimización máxima de nuestra hoja de verificación y si no es así reflejaremos el motivo de porqué no se cumple.
- Monitorizaremos la dificutad de aplicar esta hoja de verificación y de cumplirla.

DURACIÓN
-La duración de la aplicación de nuestra hoja de verificación será de un año.
-La hoja la completará el personal de enfermería de la unidad de despetar del Royo Villanova.
-Dicho personal valorará la efectividad de aplicar dicho protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BONED JULIANI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO EDUARDO
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN
CORRUCHAGA ARREGUI DOLORES
LOBERA LAHOZA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El estudio se realiza en 60 pacientes de ambos sexos a los que previamente se ha informado del objetivo del mismo mediante la entrega de una hoja informativa. Voluntariamente los pacientes aceptan participar firmando su consentimiento. 30 pacientes están hospitalizados y otros 30 acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas del hospital. La media de edad es de 71.6 años (44 a 96). A todos ellos se les ha solicitado análisis de glucemia venosa (GV) y se les practica una punción capilar en un dedo de la mano para determinar la glucemia capilar (GC). La toma de muestras se realiza entre las 8:00 y 10:00 horas de la mañana tras un periodo de ayuno mínimo de 10 horas según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L. Se cumple el calendario establecido para el proyecto.
La determinación de glucosa en suero se realiza en el sistema analítico Cobas 6000 mediante procedimiento espectrofotométrico basado en el método de hexoquinasa. La glucosa capilar se analiza en los glucómetros NIPRO y Accu-Check mediante tiras reactivas y método de glucosa deshidrogenasa. En la misma muestra de sangre se analizaron otras magnitudes que pueden interferir con la determinación de glucemia capilar como el hematocrito y los valores en suero de urea y sodio.
Se realiza una validación de las prestaciones analíticas de los métodos mediante el procesamiento de muestras control a dos niveles de concentración. Se utilizan especificaciones de calidad analítica basadas en variación biológica y Rilibak.
Análisis estadístico: los valores de glucemia se expresan mediante la media y la DS. Tras comprobar la distribución normal de los resultados (test de Kolmogorov-Smirnov) se analiza, en global y en subgrupos, la diferencia de medias de cada GC respecto a la GV y se realiza un estudio de comparación mediante el test de Kruskal-Wallis y la regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok, la cual nos ha permitido conocer el error sistemático (ES) asociado a cada glucómetro. Para evaluar la concordancia entre los datos se utilizaron de forma complementaria los coeficientes de correlación intraclase -ICC- como estadístico global de concordancia y el método gráfico de Bland-Altman que informa de la distribución de las diferencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se descartan interferencias analíticas.
Ambos glucómetros cumplen la especificación de imprecisión (2.8%) sólo para el nivel más bajo de control. El glucómetro Accu-Check cumple las especificaciones de ES (7.8%) para ambos niveles y el NIPRO sólo para el nivel alto.
Los resultados obtenidos tanto con los dos glucómetros como en sangre venosa no presentaron una distribución normal siendo los valores promedio de GC (NIPRO: 117.4 mg/dl y Accu-Check: 124.6 mg/dL) inferiores a los de GV (127.6 mg/dL).
La comparación de medias entre grupos se realizó mediante el test de Kruskal-Wallis, no observándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) entre las medias de los resultados de glucemia venosa y los de GC obtenidos con los dos glucómetros, ni entre los resultados de los glucómetros comparados entre sí ($p = 0.715$).
La diferencia entre los resultados de ambos glucómetros y la glucemia venosa (método de referencia) es menor del 20 % para todos los valores de glucosa, cumpliendo los criterios establecidos en la norma ISO 15197: 2015. No obstante, el ES detectado al comparar los resultados del glucómetro NIPRO y la glucemia venosa (5.5%) supera el límite de inexactitud establecido por la ADA (5%).

El estudio de concordancia mediante el cálculo del CCI tanto entre la GC de los 2 glucómetros como entre la obtenida en cada uno de ellos y la GV mostró los siguientes valores: NIPRO- Accu-Check = 0.94, venosa-NIPRO= 0.85, venosa-Accu-Check = 0.91. Al estudiar la concordancia mediante el test de Bland-Altman, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre métodos.
Finalmente, tomando como referencia los valores obtenidos en sangre venosa, se clasificaron los resultados en 3 grupos (DM para aquellos resultados mayores o iguales a 126 mg/dL, normoglucémicos para los <110 mg/dL y TAG para los resultados entre 110 y 125 mg/dL) estudiando las proporciones obtenidas con los tres métodos y comparando las obtenidas entre los glucómetros (?2=0.48). Si bien las diferencias obtenidas no son estadísticamente significativas ($p<0.05$), se observa que el glucómetro NIPRO subestima el % de pacientes con DM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. El glucómetro Accu-Check presenta mejores prestaciones analíticas que el NIPRO.
2. No existen diferencias significativas al comparar los resultados de GC entre los dos glucómetros ni entre cada uno de ellos respecto a los resultados de GV aunque sí se detecta un error sistemático que supera el criterio establecido por la ADA para el glucómetro NIPRO respecto a la glucemia venosa determinada en el analizador Cobas 6000.
3. Aunque existe un elevado grado de concordancia en los resultados globales de GC obtenidos con los glucómetros y los de GV analizados en el sistema Cobas 6000, el glucómetro NIPRO proporciona resultados más bajos para niveles de glucemia superiores a 126 mg/dL.
4. No se detectan interferencias analíticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1222 ========== ***

Nº de registro: 1222

Título
FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Autores:
BONED JULIANI BEATRIZ, ALONSO GREGORIO EDUARDO, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR, MARCO MARTIN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los glucómetros son dispositivos médicos de Point of care testing, POCT (pruebas en el punto de cuidados) que permiten la medida de la concentración de glucosa en sangre capilar y han supuesto, desde su introducción en los inicios de los años 70, un cambio revolucionario en el control de la diabetes. La posibilidad de obtener resultados en un espacio de tiempo muy corto, tanto por parte del propio paciente como del personal sanitario, así como la creciente ?abilidad de estos dispositivos, han posibilitado que su uso se haya generalizado y que actualmente no sea posible imaginar el control y seguimiento de esta enfermedad sin la utilización de los glucómetros.
Sin embargo, a pesar de las mejoras introducidas en estos dispositivos, siguen existiendo cuestiones pendientes de resolver como las discrepancias entre los resultados de glucosa obtenidos con los glucómetros y los obtenidos con los procedimientos analíticos utilizados habitualmente en los laboratorios clínicos o las diferencias entre los resultados que proporcionan los diferentes glucómetros que hay en el mercado y que utilizan diversas tecnologías y metodologías.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la fiabilidad de los glucómetros utilizados en HRV mediante la validación/verificación de sus prestaciones analíticas de exactitud, precisión y veracidad.
- Comparar sus resultados con otros del mercado.
- Establecer el grado de concordancia entre los resultados de glucemia capilar obtenidos con los diferentes dispositivos entre sí y con los de glucemia venosa que proporciona el sistema analítico en uso en el laboratorio de Bioquímica del hospital.
- Conocer las limitaciones preanalíticas y analíticas que pueden afectar a la fiabilidad de los resultados

Población y muestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Pacientes hospitalizados y pacientes que acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas a los que se analizará la glucemia por ambos métodos (criterio de exclusión: no haber realizado un ayuno nocturno mínimo de 10 horas), como mínimo 60 pacientes de cada tipo. A partir de la agenda diaria de extracciones y del listado de pacientes ingresados (admisión) se realizará un muestreo aleatorio sistemático hasta completar el tamaño muestral. A cada participante seleccionado se le informará del objetivo del estudio mediante la entrega de una hoja informativa.
Se procesarán muestras de control de calidad con diferentes concentraciones de glucosa (una alta y otra baja) para validar las prestaciones analíticas.

MÉTODO
- Estudio de la imprecisión de los resultados en condiciones de repetibilidad y reproducibilidad y de su exactitud siguiendo los protocolos recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML).
- Determinación de glucosa en los glucómetros NIPRO y Accu-Check. Método GDH_FAD y procedimiento amperométrico, previa comprobación del estado de las tiras reactivas y calibración de los dispositivos. Se procesarán muestras de control de calidad y muestras de pacientes (glucemia capilar).
- Determinación de glucemia venosa mediante procedimiento analítico espectrofotométrico y método HK en el sistema Cobas c501 de Roche en muestras de sangre venosa obtenida, de los pacientes seleccionados, por personal de enfermería del laboratorio, según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L.
- Estudio de la veracidad: regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok considerando el método de determinación de glucemia venosa como el método de referencia.
- Evaluar la influencia del hematocrito en cada uno de los glucómetros

INDICADORES
- % resultados de cada glucómetro que cumplen especificaciones de exactitud y precisión
- % resultados con diferencias significativas entre glucómetros
- % resultados de glucemia capilar que presentan discrepancias con glucemia venosa dentro de límites de aceptabilidad

Para evaluar los resultados de los indicadores se seguirán las recomendaciones y criterios de la norma ISO 15197:2013 Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus, especí?ca para glucómetros, los criterios propuestos por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) y por la SEQCML.

DURACIÓN
Duración del estudio: 6 meses
- Selección de pacientes hospitalizados: Servicio de endocrinología. Junio-Agosto 2018
- Selección de pacientes ambulatorios: Servicio de Bioquímica. Junio-Agosto 2018
- Validación/verificación prestaciones: Servicio de Bioquímica. Julio-Septiembre 2018
- Evaluación de interferencias: Septiembre-Octubre
- Estudio veracidad: Octubre-Diciembre 2018.

Finalizado el estudio se comunicará a los usuarios, tanto internos como externos, la fiabilidad analítica de los resultados de los glucómetros en uso, sus limitaciones y posibles causas de errores en los resultados, intentando minimizar de esta manera su efecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA LASALA CONTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. SE HAN REALIZADO 4 REUNIONES ESPACIADAS EN EL TIEMPO PARA IR AVANZANDO EN NUESTRO PROYECTO, EN LAS CUALES:
-SE HA CONSTITUIDO EL EQUIPO DEL PROYECTO
-SE HAN DISTRIBUIDO RESPONSABILIDADES
-SE HAN DETERMINADO LOS PLAZOS DE LAS DIFERENTES FASES DEL PROYECTO
- SE HA DISEÑADO EL NUEVO FORMULARIO CON EL CONSENSO DE TODOS LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO
- NOS HEMOS PUESTO DE ACUERDO EN LA FORMA DE IMPLEMENTAR EL NUEVO FORMULARIO, EL PILOTAJE DE PRUEBA ASI COMO SU DURACION
2. ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS EN LA FASE DE PILOTAJE DEL NUEVO DOCUMENTO, SIENDO SU DURACION DE UN MES APROXIMADAMENTE Y APLICADO AL 100 % DE LAS INTERVENCIONES DE TRAUMATOLOGIA
3. SE HA ENCARGADO LA IMPRESION DEL NUEVO FORMULARIO, MIENTRAS TANTO LA MONITORIZACION SE ESTA REALIZANDO CON HOJAS IMPRESAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
POR EL MOMENTO, LA EXPERIENCIA DIRECTA DE LOS COMPONENTES QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN ESTE PROYECTO Y LAS DEMAS PERSONAS IMPLICADAS, ES SATISFACTORIA (EN EL POCO TIEMPO QUE LLEVA EL PILOTAJE, APENAS DOS SEMANAS) :
-SE HA MEJORADO LA COMUNICACION A LA HORA DE PEDIR EL MATERIAL ENTRE EL SERVICIO DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION, EVITANDO ERRORES DE COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE DICHOS SERVICIOS
-SE HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE TODO EL MATERIAL DISPONIBLE DE TRAUMATOLOGIA
-SE HA MEJORADO LA CALIDAD DE LA LABOR ASISTENCIAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DICHA ESPECIALIDAD

COMO INDICADORES DE RESULTADOS ALCANZADOS MAS ADELANTE UTILIZAREMOS ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
POR EL MOMENTO, LA EXPERIENCIA DE LOS COMPONENTES QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN ESTA NUEVA FORMA DE PEDIR EL MATERIAL DE TRAUMATOLOGIA, ES SATISFACTORIA, CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS QUE NOS HABIAMOS PROPUESTO :
-SE HA MEJORADO LA COMUNICACION A LA HORA DE PEDIR EL MATERIAL ENTRE EL SERVICIO DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION, EVITANDO ERRORES DE COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE DICHOS SERVICIOS
-SE HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE TODO EL MATERIAL DISPONIBLE DE TRAUMATOLOGIA POR PARTE DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DE ESTE PROYECTO
-SE HA MEJORADO LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA LABOR ASISTENCIAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DICHA ESPECIALIDAD

QUEDA PENDIENTE TERMINAR LA FASE DE PILOTAJE, CREAR Y REALIZAR ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS, LA VALORACION DEL PROYECTO Y POR ULTIMO IMPLANTAR EL NUEVO DOCUMENTO FINAL, CUANDO ESTE LISTO EN REPROGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/995 ========== ***

Nº de registro: 0995

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

LASALA CONTE ELENA, GARZA BERDEJO ELENA, MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR, SIN JORDAN MAITE, ALCANTARA MORENO PILAR, LUÑO ARAUZO SUSANA, BOROBIA BONEL RAQUEL, LAIN AGUDO MARIA SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: traumatologia y cirugia ortopédica
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
- Se detecta la necesidad de crear un formulario de petición de instrumental quirúrgico de traumatología a la central de esterilización.
- Actualmente se pide el material anotando una lista de pedido de material en un formulario.
- Cuando se envia el material sucio después de la intervención quirúrgica a esterilización, lo hacemos en una hoja dónde está impreso todo el material disponible y marcamos con una x lo que hemos utilizado. Pensamos que de la misma forma podriamos pedir el material al principio de la jornada.
- Esto servirá para evitar errores de comunicación con la central de esterilización y para aprender a interiorizar todo el material disponible de traumatologia pues es de gran amplitud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, quirófano de traumatologia y esterilización.
- Evitar errores de comunicación entre dichos profesionales.
- Mejorar los conocimientos de todo el material disponible de traumatología, dada su gran amplitud.
- Mejorar la calidad de la labor asistencial dirigida a los pacientes intervenidos de traumatología y cirugia ortopédica.

MÉTODO
- Constitución del equipo de proyecto.
- Sistematización de las reuniones.
- Diseño del nuevo formulario.
- Seguimiento de una monitorización de prueba del nuevo documento creado para su evaluación y posibles ajustes.

INDICADORES
- Utilización del nuevo formato durante al menos un mes.
- Encuesta de satisfacción y de ampliación de conocimintos a los profesionales implicados.
Nº de formularios rellenos/nº de solicitudes de material intervenciones de trauma x 100 / standart 90%
Nº de enfermeras que conocen el material a través del formulario/ nº total de enfermeras x100 / standart 70%

- Informe final.

DURACIÓN
Inicio: Octubre 2018 . Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determinación de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de noviembre de 2018 a febrero de 2019
Pilotaje: marzo de 2019
Informe final: mayo/ junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS YANEZ BENITEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO TREBOLLE JOSE
GARCIA EGEA JORGE
BORLAN ANSON SOFIA
FERRER SOTELO ROCIO
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
CROS MONTALBAN BEATRIZ
PALACIOS GALOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el tercer trimestre del 2018 y como estaba propuesto en el proyecto se realizaron reuniones entre los integrantes del equipo de trabajo para consensuar los criterios de inclusión y aspectos asistenciales del protocolo. Posteriormente se procedió a su elaboración y revisión por los integrantes del equipo de trabajo. La siguiente fase fue comunicar el protocolo al servicio de enfermería del servicio de cirugía general del HRV para aclarar dudas y explicar su forma de implementación. Se elaboró una hoja de seguimiento y un impreso de este, así como una hoja de seguimiento de los pacientes incluidos en el protocolo. A partir del cuarto trimestre del 2018 se inició la inclusión de pacientes que reunían las condiciones mencionadas en el protocolo. Se procedió a recolección de datos y elaboración de un registro de aquellos pacientes incluidos en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha hay 12 pacientes estudiados 7 pertenecientes al trimestre previo a la implementación del protocolo y 5 en el primer trimestre de implementación. Se evidencia una reducción en la media de días de hospitalización (8,2 para pacientes sin contraste oral vs. 7,2) lo que significa 1 día menos de ingreso. También es de resaltar que previo al inicio del protocolo se operaron 5 de 7 pacientes y en el segundo grupo, de los 5 pacientes incluidos, ninguno a precisado intervención quirúrgica. Aunque la muestra es pequeña y la implementación del protocolo sigue vigente en el servicio, la valoración de estos resultados preliminares refleja una valoración favorable. Existe una reducción importante de las laparotomías necesarias resolver los cuadros de oclusión intestinal de intestino delgado, no complicada en la población estudiada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los resultados alcanzados en este primer análisis de la población del proyecto se interpreta que la implementación del protocolo de uso de contraste hidrosoluble en las oclusiones intestinales de intestino delgado no complicadas es favorable. Los resultados reflejan una reducción de 1 día de hospitalización para estos pacientes, acelerando la recuperación y lo que resulta aún más interesante la reducción en el número de laparotomías realizadas. Esto se traduce en una mejor calidad de atención al paciente y en una reducción de costes para el hospital. Debido a que el proyecto no incrementa los constes y a sido acogido de forma favorable por los pacientes y por el personal (médicos FEA del servicio de cirugía / enfermería/ radiodiagnóstico) lo consideramos sostenible y reproducible en otros servicios de cirugía.

7. OBSERVACIONES.
El protocolo planteado en el proyecto se mantiene vigente en el servicio y se mantiene de forma continuada la vigilancia de su correcta aplicación, el registro de los pacientes incluidos y la valoración definitiva de los resultados al completarse el plazo establecido de forma inicial para el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/657 ========== ***

Nº de registro: 0657

Título
IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
YANEZ BENITEZ CARLOS, FERNANDO TREBOLLE JOSE, GARCIA EGEA JORGE, BORLAN ANSON SOFIA, CROS MONTALBAN BEATRIZ, VALERO SABATER MONICA, PALACIOS GASOS PILAR, BLAS LAINA JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
La oclusión intestinal de intestino delgado por adherencias es la primera causa de oclusión intestinal y una causa frecuente de ingreso en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo. La oclusión intestinal secundaria a adherencias postoperatorias puede ocurrir desde horas o años posterior a una cirugía abdominal y representa el 70% de los cuadros de oclusión. El retraso en el tratamiento quirúrgico puede ocasionar un aumento de mortalidad y morbilidad en este grupo de pacientes. El tratamiento cuando no existen signos de peritonitis o estrangulación intestinal consiste en mantener en dieta absoluta con descompresión intestinal mediante sonda nasogástrica. Esto implica que el paciente permanece hospitalizado una media de 2 a 3 días en dieta absoluta. A partir del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (World Society of Emergency Surgery / WSES) se han aprobado las guías de práctica clínica o consenso de Bolonia del 2013. En dicho documento se establecen medidas y recomendaciones para el tratamiento de este tipo de pacientes. Especial interés para nosotros es la utilización de contrastes hidrosolubles (Gastrografin) para identificar de forma precoz aquellos pacientes susceptibles a ser tratados de forma no operatoria, identificar de forma temprana aquellos que necesitarán cirugía y favorecer en algunos casos la resolución espontánea del proceso obstructivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar en el servicio de Cirugía General de Hospital Royo Villanova las recomendaciones y sugerencias recogidas en el documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES) para la oclusión de intestino delgado secundaria a brida o adherencias. Adaptar estas conductas a nuestro centro hospitalario con la intención de disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes que ingresen con oclusión intestinal. Protocolizar la conducta diagnóstica y terapéutica del Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova ante los pacientes con episodios aislados o recurrentes de oclusión de intestino delgado.

MÉTODO
Las actividades previstas para desarrollar los objetivos será crear un grupo de trabajo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova, que tendrá las funciones de revisar la documentación clínica actualizada y elaborar un protocolo de tratamiento para los pacientes con oclusión de intestino delgado. En él se contemplarán los criterios del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias.
La divulgación de dicho protocolo de trabajo se realizará entre los miembros del servicio mediante reuniones de trabajo en donde se adaptarán los criterios a nuestro centro y se incorporarán recomendaciones o modificaciones según las experiencias de los distintos miembros del servicio.

INDICADORES
Para la evaluación de la actividad se cuantificará mediante la elaboración de una base de datos de los pacientes que ingresen en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de oclusión intestinal de intestino delgado. Se evaluará la media de estancia y las variables recogidas en la base de datos antes y después a la instauración del protocolo de trabajo según las recomendaciones del documento de consenso de la WJES.
Los indicadores específicos que valorar serán:
Días de estancia / % de pacientes a los cuales se le apliquen las pautas establecidas / % de pacientes con resolución no quirúrgica / % de pacientes intervenidos

DURACIÓN
La duración del proyecto será para iniciar durante el tercer trimestre del 2018 y continuarse hasta el tercer trimestre del 2019. Se plantea un periodo de tres meses para la elaboración del protocolo de trabajo durante el cual se hará una reunión de los integrantes del proyecto para la aprobación del protocolo. Posteriormente se iniciará un periodo de 3 meses de divulgación e instauración en el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova. A partir de haber transcurrido los primeros tres meses de la instauración del protocolo se hará una reunión de seguimiento donde se evaluarán los resultados y se identificarán posibles problemas en su implementación y posibles mejoras.

OBSERVACIONES
Para la elaboración de este proyecto se ha contado con la colaboración de la jefatura y de facultativos del servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN LUIS BLAS LAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
FERRER SOTELO ROCIO
FERNANDO TREBOLLE JOSE
BONO ARIÑO CARMEN
ACIN LAZARO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo de nutrición perioperatoria (Septiembre de 2018) (no se puede subir el documento, pero si los necesitan los podemos enviar.)
Dicho protocolo se ha difundido a los servicios implicados, entre ellos en una sesión clínica acreditada del servicio, el 18 de octubre de 2018.
En la consulta se viene realizando el test de cribado de desnutrición en pacientes oncológicos y son derivados a la consulta de endocrinología, según protocolo. Estos pacientes son vistos, la mayoría en el día, por Endocrinología para iniciar tratamiento perioperatorio. El servicio de endocrinología sigue a los pacientes en el periodo postoperatorio para control de nutrición artificial.
Se realizó protocolo de ayuno preoperatorio, se incluyó en el programa FarmaTools y se inició en octubre de 2018.
De acuerdo con el servicio de Anestesia, se ha permitido ingesta de bebidas de carbohidratos hasta cuatro horas antes de la intervención. Anestesia ha realizado un registro de incidencias (no se ha registrado ninguna hasta la fecha) Por lo que, se plantea reducir el tiempo de ingesta hasta dos horas antes.
Se ha realizado un primer corte en pacientes que se han intervenido de forma programada en el Servicio de Cirugía, durante Noviembre de 2018. (Próximos cortes: Mayo y Noviembre de 2018).
No hay constancias de registro del programa de Infección Quirúrgica Zero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo realizado se ha introducido adecuadamente y es de uso cotidiano.
Se han revisado los pacientes del primer corte y de ellos se han obtenido los siguientes datos.
Se han derivado desde Cirugía a Endocrinología 24 pacientes para valoración preoperatoria (según protocolo), por presentar desnutrición o riesgo de desnutrición. En el 76% de los casos se han visto en el mismo día que se ha solicitado la consulta ambulatoria y en el 24 % de los casos restantes se ha visto en menos de 3 días (citados en la misma semana que se ha solicitado la consulta).
Se ha realizado el protocolo de ayuno preoperatorio desde su implantación a todos indicados: 28 pacientes, sin registrarse ninguna incidencia. Esto supone la aplicación en el 74% de los pacientes (En este periodo hubo un problema con el abastecimiento de los batidos)
No se han colocado yeyunostomías, ya que ha habido rotura de stock en la casa fabricante.
Se ha aplicado el protocolo de control perioperatorio de glucemia en el periodo de estudio al 84% de los pacientes diabéticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante este corto periodo hemos logrado implementar el protocolo de nutrición/control de hiperglucemia en el periodo perioperatorio, consiguiendo aplicar las recomendaciones de las guías clínicas.
El uso de estos protocolos ha redundado en una mayor calidad en el tratamiento de pacientes, que hasta ahora no tenían un manejo uniforme.
En el resto de tiempo de estudio (un año) esperamos continuar la implementación del protocolo haciéndole una herramienta de trabajo cotidiana para todo el personal implicado en estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Si necesitan protocolos, los puedo remitir a donde uds. indiquen.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1230 ========== ***

Nº de registro: 1230

Título
PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Autores:
BLAS LAINA JUAN LUIS, BANDRES NIVELA OROSIA, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, FERRER SOTELO ROCIO, FERNANDO TREBOLLE JOSE, BONO ARIÑO CARMEN, ACIN LAZARO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad postoperatoria es bien conocida. Hay evidencia de la asociación entre desnutrición preoperatoria y mayor número de complicaciones postoperatorias, estancias hospitalarias más prolongadas, incremento del gasto hospitalario y una mortalidad más elevada. Las complicaciones sépticas y respiratorias parecen tener una clara relación causa-efecto con el grado de desnutrición.
Otros factores estrechamente relacionados con complicaciones postoperatorias son la resistencia a la insulina y la hiperglucemia. El control más óptimo de la glucemia en el periodo perioperatorio con o sin diabetes mejora el pronóstico.
La disminución del ayuno preoperatorio con la administración de bebidas con carbohidratos hasta 2 h antes de la anestesia disminuye la insulinorresistencia y la deshidratación postoperatoria, preserva la masa muscular, produce una mejoría en el estado general del paciente y se asocia a una reducción en el tiempo de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un cribado de desnutrición en el periodo perioperatorio y establecer el circuito para el soporte nutricional perioperatorio.
- Introducción y adaptación de un protocolo de ayuno preoperatorio.
- Establecer coordinación de los cuatro servicios implicados (Cirugía, Endocrinología, Anestesia y Medicina Preventiva – Infección Quirúrgica Zero -)
- Uso de yeyunostomia quirúrgica (o uso de otros dispositivos de alimentación enteral) para nutrición enteral en el paciente sometido a cirugía digestiva del compartimento supramesocólico, que se prevé un ayuno postoperatorio prolongado.
- Mejora del control glucémico en el periodo perioperatorio con la introducción del protocolo de manejo de la hiperglucemia.

MÉTODO
- Elaboración del protocolo siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas y documentos de consenso de las Sociedades Científicas.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Valoración del estado nutricional mediante el test de cribado de desnutrición “MUST” en el momento preoperatorio. Se realizará en la consulta de Cirugía.
- Se remitirán a la consulta de Endocrinología y Nutrición los pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición en el preoperatorio.
- Aplicación del protocolo de ayuno preoperatorio en pacientes indicados.
- Registro de incidencias por parte de Anestesia.
- Registro de dispositivos de alimentación enteral insertados.
- Valoración y seguimiento por parte de la Sección de Endocrinología y Nutrición de los pacientes que el periodo postoperatorio presenten desnutrición y/o precisen nutrición enteral o parenteral.
- Evaluación del manejo de la hiperglucemia. Se realizará un corte valorando pacientes ingresados con hiperglucemia en el periodo perioperatorio al inicio y a los 6 y a los 12 meses de la implantación del protocolo, analizando los objetivos de control y las pautas de insulinización utilizadas en el periodo perioperatorio.
- Cumplimiento del proyecto Infección Quirúrgica Zero (control de glucemias), Servicio de Medicina Preventiva.

INDICADORES
- % de pacientes a los que se les ha practicado el protocolo estando indicado. (50-75%)
- Número de incidencias registradas en el periodo perioperatorio/anestesia.
- El tiempo medio de cita en primera consulta en el que ha sido evaluado en el preoperatorio por parte de la Sección de endocrinologia al paciente con riesgo de desnutrición o desnutrición. (<3 días hábiles)
- Número de pacientes a los que se ha colocado yeyunostomia u otros dispositivos de alimentación enteral

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

(>50% de pacientes candidatos).
- % de pacientes con hiperglucemia en el periodo perioperatorio que solo se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (<50%).
- % de pacientes diabéticos que presentan hiperglucemia en el periodo perioperatorio y en situación de ayuno se utiliza insulina basal y pauta correctora (> 30%).
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (50-75%).

DURACIÓN
- Reunión para discutir el protocolo con los servicios implicados (Cirugía, Anestesia, Endocrinología y medicina preventiva). JUNIO 2018

- Elaboración del protocolo. JULIO 2018

- Protocolo definitivo según lo consensuado con los servicios implicados. SEPTIEMBRE 2018.

- Exposición del protocolo al personal implicado (cirujanos, anestesistas, endocrinólogos, medicina preventiva y personal de enfermería). OCTUBRE 2018

- Introducción en el Farmatools como protocolo de ayuno preoperatorio. OCTUBRE 2018

- Servicio de anestesia elabora un registro de las incidencias desde la puesta en marcha del protocolo. OCTUBRE 2018

- Resultados, evaluación de resultados. 2018-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MEJIA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA
CASTELLS MURILLO INMACULADA
FRANCISCO SALAS RAQUEL
AZAGRA LOP ANTONIO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones con los componentes del equipo de trabajo para la realización de una nueva hoja informativa de recomendaciones y consejos para el cuidado postoperatorio y ejercicios encaminados a la recuperación
funcional domiciliaria que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Las recomendaciones se explican verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.
El nuevo formato consta de 2 apartados principales:
Consejos sobre el cuidado de la prótesis, la herida, hábitos saludables, calzado, elementos domiciliarios...
Ejercicios: divididos en aquellos realizados tumbados, los realizados sentados, y cómo realizar actividades diarias como enfrentarse a escaleras y cómo deambular con dispositivos ortopédicos. Cada ejercicio consta de una breve explicación en su ejecución y se acompaña de una ilustración demostrativa.
Las recomendaciones se explican verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.
Posteriormente y durante el seguimiento de los pacientes en consulta se registran: escala EVA de dolor, balance articular, y se interroga sobre la ejecución de los ejercicios, así como el grado de satisfacción. Según protocolo de seguimiento de prótesis de rodilla al mes, 3 meses, 6 meses y al año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Escala EVA de dolor: disminución media en la escala de 2- 3 puntos comparando escalas en el primer mes con respecto al 3 mes. Disminución de 1-2 puntos en las escalas entre 3 mes y el 6 mes.
Balance articular: el estandar alcanzado en todos los pacientes son los 90 grados de flexión activa. Entre el primer mes y el 3 mes se ha objetivado mejora en los grados de extensión de aproximadamente 5 grados. Los 0 grados de extensión han sido alcanzados sólo por aquellos pacientes en los que no se objetivaba genu flexo previo a la cirugía.
El grado de satisfacción ha sido de media bueno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La recuperación funcional postquirúrgica en la artroplastia de rodilla es una parte muy importante en el tratamiento de la artrosis de rodilla. La implicación del paciente en su propia recuperación es básico, por lo que es necesario un buen seguimiento y una completa información sobre lo que debe y no debe hacer cuando se encuentre en su domicilio. Los resultados más llamativos son los que encontramos en la consulta de seguimiento entre el primer mes y el 3 mes. En esta consulta se vuelve a interrogar al paciente sobre los ejercicios que ha estado realizando en su domicilio, cómo, cuándo y qué realiza, y se resuelven dudas o se insiste en determinados ejercicios, sobre todo en aquellos que involucran la extensión. En la siguiente visita la mayoría de los paciente que se han involucrado en su recuperación tienen mejor BA y mejor escala EVA que aquellos que no han sido tan insistentes en su rehabilitación.
Sólo aquellos con limitaciones previas importantes, genu flexo, atrofia marcada de cuádriceps... han tenido peores valoraciones en cuanto a dolor y BA, precisando la mayoría apoyo en los servicios de Rehabilitación.
A pesar de la información detallada en la consulta en cuanto a lo que debe esperar de su prótesis, la valoración de grado de satisfacción ha dependido sobre todo de las expectativas en cuanto a la cirugía, y al grado de dolor e impotencia funcional reales previos a la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1376 ========== ***

Nº de registro: 1376

Título
ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

Autores:
MEJIA CASADO ANA, CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRANCISCO SALAS RAQUEL, AZAGRA LOP ANTONIO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: funcional

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

PROBLEMA
La recuperación funcional postoperatoria en la artroplastia de rodilla es una parte importante del tratamiento en el que hay conseguir involucrar a los pacientes. No sólo se trata de aliviar el dolor, si no de conseguir una buena funcionalidad; reservando la derivación al Servicio de Rehabilitación a aquellos pacientes que por sí mismos no hayan conseguido un balance articular esperado o cuya situación previa a la cirugía prevea una limitación. Por otra parte unos correctos cuidados postoperatorios de la herida disminuirán las complicaciones de la misma y conseguirán una recuperación más rápida.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejoría en la función y el balance articular postquirúrgico mediante la implicación del paciente en su propia recuperación

MÉTODO
Actualización de las recomendaciones sobre el cuidado postoperatorio y los ejercicios encaminados a la recuperación funcional domiciliaria que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Estas recomendaciones se explicarán verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.

INDICADORES
Escala EVA del dolor durante el movimiento activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Valoración de la herida quirúrgica al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Balance articular activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Se interrogará además, sobre la ejecución de los ejercicios para valorar que se realizan correctamente entre visitas.
Se compararán los resultados desde el inicio hasta el año. No se valorará el estado al alta ya que la analgesia, las recomendaciones y asistencia sobre la movilización durante la hospitalización no son las mismas que las que el paciente se encuentra en su domicilio.

DURACIÓN
Los indicadores anteriores se irán registrando en sucesivas consultas durante un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL
FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA
MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO
BRUALLA PROFITOS CARMEN
LAHOZA DIESTE ESPERANZA
SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los datos se han recogido de los pacientes visitados en las diferentes consultas de dermatología del servicio, sobre todo de la consulta monográfica de biológicos, pasando los cuestionarios de DLQI antes y después del tratamiento instaurado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes incluidos han sido 30.
De los que 11 son varones y 19 mujeres; proporción consistente con la literatura donde se comenta la mayor frecuencia de casos en el sexo femenino.
La edad media de los pacientes son 36,8 años, oscilando en un intervalo que va desde los 17 a los 62 años.
La gravedad de la Hidradenitis supurativa medida según el índice de Hurley se distribuyó de la siguiente manera:
• Estadio I de Hurley: 10 pacientes (33 %)
• Estadio II de Hurley: 14 pacientes (46,6 %)
• Estadio III de Hurley: 6 pacientes (20 %)
La Calidad de Vida Relacionada con la Salud medida según el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) mostró los siguientes datos:
• El DLQI previo osciló entre el valor 0 y el valor 22.
• El DLQI posterior osciló entre el valor 0 y el valor 24.
Al analizar la diferencia entre los valores de DLQI antes y después del tratamiento, observamos que no todos los pacientes experimentan una mejoría en el DLQI:
a) El DLQI empeoró en 13 (43,3 %) de los pacientes, es decir, que su calidad de vida era peor después de haber realizado el tratamiento al que hubieran sido sometidos. Si bien, 9 de los 13 pacientes perdieron entre 1 y 3 puntos que, prácticamente, es estar casi igual que antes de haber llevado a cabo las medidas terapéuticas.
b) Por el contrario, 12 pacientes (40 %) mejoraron su DLQI, es decir, presentaban mejor calidad de vida después de haber realizado el tratamiento que antes.
c) Y el 16 % de los mismos (5 pacientes) no les influyó para nada en la calidad de vida el tratamiento para su patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. Sin embargo, debido a que es muy general no mide bien la calidad de vida en ciertas patologías, como puede ser en la hidradenitis supurativa. Ello ha llevado a desarrollar y validar un nuevo instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes afectos de esta patología denominado HSQoL cuyos resultados se están presentando en la actualidad, y del que ha sido promotor del estudio el Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDEPSI) siendo coordinador del mismo el Dr Marrón e parte de los investigadores participantes son el Dr Alcalde, la Dra Fuentelsaz y el Dr García Latasa de A. miembros de este proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1194 ========== ***

Nº de registro: 1194

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

Autores:
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL, FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA, MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO, BRUALLA PROFITOS CARMEN, LAHOZA DIESTE MARIA ESPERANZA, SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
La hidradenitis supurativa (HS) se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante, que habitualmente se presenta tras la pubertad con lesiones profundas, inflamadas y dolorosas, afectando a las áreas corporales con presencia de glándulas apocrinas, siendo las regiones más frecuentemente afectadas la axilar, inguinal y anogenital.
La prevalencia de la HS oscila entre el 1% y el 4% según las publicaciones. Con respecto a la distribución etaria, la enfermedad habitualmente se inicia tras la pubertad, generalmente al inicio de la tercera década, y suele permanecer activa durante la tercera y cuarta décadas de la vida con cierta mejoría a partir de la menopausia; suelen ser los varones los que mantienen actividad de la enfermedad a partir de los 50 años
El impacto psicosocial, relaciones interpersonales y autoestima provocados por la inflamación, el olor y el dolor que genera la enfermedad repercute significativamente en la calidad de vida de estos pacientes.
La consulta monográfica permite un estudio pormenorizado del paciente y una mayor atención a aspectos importantes de la enfermedad que no se pueden abordar en una consulta habitual, entre ellos, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. En diferentes estudios, se ha comprobado la importante afectación en la calidad de vida en la HS.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es evaluar el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes y después del tratamiento de Hidradenitis Supurativa, así como el grado de gravedad (estadificación de Hurley) de los pacientes que son remitidos a la consulta monográfica.

MÉTODO
Para lograr los objetivos, se recogerán los datos de aquellos pacientes afectos de HS que hayan sido remitidos a la consulta monográfica de «BIOlógicos en DERmatología (BIODER)», consulta con varios años en funcionamiento para pacientes de psoriasis e hidradenitis supurativa moderada o grave susceptibles de tratamiento sistémico y/o biológico, de periodicidad semanal en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián. En el caso de la HS, los pacientes son remitidos principalmente desde las consultas externas de los Servicios de Dermatología y Cirugía General.

INDICADORES
1. Gravedad de la enfermedad: estadificación de Hurley.
2. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes del tratamiento médico.
3. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) después del o de los diversos tratamientos tras, al menos, 1 año de seguimiento.

El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es un cuestionario especifico para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada (CVRS) con la Salud en enfermos dermatológicos. El instrumento está compuesto por 10 preguntas. El rango de puntuación del DLQI oscila entre 0 (no afectación de la CVRS) y 30 (máxima afectación de la CVRS). Las 10 preguntas están subdivididas en 6 dominios: síntomas y sentimientos, actividades de la vida diaria, ocio, actividades laborales/escolares, relaciones interpersonales y tratamiento. El cuestionario lo realiza el paciente en la propia consulta (autoadministrado).

DURACIÓN
Un año. Lo que resta de 2018 y parte de 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN CABREJAS GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE
CEBRIAN GARCIA CARMELO
REMON GARIJO LOTO
SANZ MONCASI PILAR
PADRON RODRIGUEZ NOELIA
GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunión conjunta el servicio de Endocrinología y el servicio de Radiología, con el fin de buscar una manera objetiva de valorar, las distintas características de los nódulos tiroideos, y poder por tanto seleccionar de manera adecuada y rentable, cuáles serían los nódulos seleccionados para punción con aguja fina. Se han valorado las recomendaciones de punción nodular tiroidea de las diferentes guías actuales y se ha propuesto la valoración TIRADS con modificación de 2017, para poder facilitar la selección de una manera más objetiva.
Además se ha realizado una reunión con Anatomía Patológica para unificar todos los diagnósticos de las punciones tiroideas y utilizar siempre la clasificación de Bethesda, para que de una manera sencilla y rápida, podamos valorar según el grado de clasificación, cuáles son los nódulos seleccionados para tratamiento quirúrgico por sospecha de malignidad.
Además se han revisado todas las tiroidectomías totales y hemitiroidectomías que se han realizado durante el año 2018, para analizar la correlación clínico-ecográfica con la paaf preoperatoria y el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han realizado un total de 38 cirugías tiroideas, siendo el 74% de los casos tiroidectomías totales y un 26% hemitiroidectomías.
La edad media de los pacientes intervenidos fueron 52 años con un tamaño medio de nódulo de 3 centímetros y con normofunción tiroidea. De este total de pacientes, la gran mayoría tenían paaf preoperatoria (33 de 38) pero hubo 5 pacientes que no tenían previa, por tener indicación quirúrgica diferente a la patología nodular.

Del total de punciones nodulares se clasificaron según el sistema de Bethesda en 2 casos como tipo I, 15 casos como tipo II, 7 casos como tipo III, 3 casos como tipo IV, 6 casos como tipo V y ninguna como tipo VI. A la hora de analizar la pieza quirúrgica, de los 17 pacientes que tuvieron la calsificación de Bethesda tipo I o II el resultado fuer que 15 pacientes tuvieron diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica de benignidad y en 2 pacientes se diagnosticó hallazgo de cáncer de manera incidental. Del conjunto de los 9 pacientes englobados como sospecha de malignidad con la clasificación IV y V de Bethesda, 6 pacientes presentaron cáncer de tiroides y 3 pacientes fueron muestras benignas, lo que suspuso un 33% de no concordancia con el diagnóstico preoperatorio. Del total de 7 pacientes con una clasificación tipo III de Bethesda, 3 fueron benignos y 4 tuvieron cáncer tiroideo.
El pocentaje de acierto de la clasificación preoperatoria fue de un 80%, tendiendo en cuenta que el resultado indeterminado tipo III de Bethesda no se tuvo en cuenta para este análisis.
En cuanto a las características de los nódulos tiroideos, el 70 % de los nódulos formaban parte de un bocio multinodular. La mayoría tenían normofunción tiroidea con una presencia de anticuerpos tiroideos en la mitad de la muestra. Se observó que eran más frecuentes en mujeres (79%), con márgenes bien definidos y con forma regular. Tan sólo un 14% presentaron microcalcificaciones y ninguno presentó macrocalcificaciones. el 67% eran isoecoicos frente a un 33 % que fueron hipoecoicos. UN 76% fueron sólidos, 21% mixtos y 3% quísticos. En cuanto al halo hipoecoico alrededor la mitad sí que tenía frente a la otra mitad que no. El 59% eran de localización derecha, 38% localización izquierda y un 3% en istmo. Tan sólo se observaron adenopatías patológicas en un 6% de los casos. El resultado final de todas las piezas quirúrgicas operadas supuso un 66% de pieza benignas, un 16% de piezas malignas ya sospechadas antes de la cirugía y un 18% de cáncer incidental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a la consecución de objetivos, hemos conseguido que todas las punciones de nódulos tiroideos vengan informadas siguiendo la clasificación de Bethesda. Tan sólo un 6% de los nódulos intervenidos presentaron muestra insuficiente.El porcentaje de acierto de la clasificación preoperatoria fue de un 80%, tendiendo en cuenta que el resultado indeterminado tipo III de Bethesda no se tuvo en cuenta para este análisis.
En cuanto a lo que queda pendiente es a la aplicación generalizada de la clasificación TIRADs para la clasificación de los nódulos tiroideos, para permitir una mejor selección de cuáles son los candidatos a puncionar para ampliar el estudio de los mismos. Queda pendiente además valorar aquellos resultados preoperatorios pre-cirugía que no fueron acorde con el resultado de la cirugía final para valorar qué factores han influido y poder reconocerlos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Este proyecto va a presentar continuidad y valoración anual. Hasta cuando se puede revalorar y cunado por tanto termina?

*** ========== Resumen del proyecto 2018/888 ========== ***

Nº de registro: 0888

Título
EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Autores:
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, CEBRIAN GARCIA CARMELO, REMON GARIJO LOTO, SANZ MONCASI PILAR, PADRON RODRIGUEZ NOELIA, GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

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

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

PROBLEMA
El nódulo tiroideo es una patología muy frecuente en la práctica clínica diaria. Su prevalencia es 10 veces mayor en el sexo femenino que en el masculino, aumentando linealmente con la edad, con la exposición a radiaciones y con el déficit de yodo .
Los nódulos tiroideos se presentan clínicamente de forma muy heterogénea; a veces son detectados por el propio paciente, a veces aparecen tras la exploración médica y cada vez más frecuentemente surgen como un hallazgo incidental. El riesgo de desarrollar un nódulo tiroideo a lo largo de la vida es aproximadamente de un 15%.
Los nódulos tiroideos deben ser estudiados para descartar malignidad. Así, no hay duda de que el principal reto diagnóstico del nódulo tiroideo es discernir su benignidad/malignidad de forma segura y rentable.
Actualmente, la ecografía cervical se ha convertido en la técnica de imagen más sensible y precisa para la evaluación radiológica de los nódulos tiroideos y su uso está recomendado por todas las sociedades científicas
La mayoría de los estudios recientes sobre ecografía tiroidea se han centrado en cómo puede ayudar la ecografía a distinguir entre un nódulo benigno y maligno. Por la experiencia acumulada, se sabe que ciertas características ecográficas nodulares están asociadas a benignidad, mientras que existen otras que aumentan la probabilidad de malignidad. Las características más frecuentemente asociadas a benignidad son el aspecto quístico, la existencia de márgenes bien definidos y nítidos, la presencia de halo periférico, la aparición de artefactos en cola de cometa, un diámetro anteroposterior menor que el transverso y una vascularización preferentemente periférica. Por el contrario, las características más asociadas a malignidad son el aspecto sólido e hipoecogénico respecto al parénquima adyacente, la ausencia o ruptura del halo periférico, la presencia de márgenes irregulares, un diámetro anteroposterior mayor que el transverso, la vascularización de predominio interno, y la existencia de microcalcificaciones puntiformes
Sin embargo, ninguna de estas características ecográficas sospechosas de malignidad, tiene simultáneamente alta sensibilidad y alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de cáncer.
Por otra parte, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) se considera el método más eficaz para diagnosticar una neoplasia maligna en un nódulo tiroideo. Su utilización ha aumentado significativamente en los últimos años y a día de hoy constituye el punto de partida para el diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo, siendo la técnica más segura para seleccionar aquellos pacientes que necesitan cirugía o manejo conservador.

RESULTADOS ESPERADOS
Determinar las características clínicas y ecográficas de los nódulos tiroideos.
Establecer la correlación de las características ecográficas del nódulo tiroideo, con el resultado de la citología mediante punción aspiración con aguja fina y el resultado histopatológico definitivo.

MÉTODO
- Se realizará una sesión con Servicio de Radiología, Sección de Anatomía-patológica y Sección de Endocrinología para unificar los criterios de descripción del nódulo tiroideo en la ecografía (tamaño, márgenes, forma, microcalcificaciones, macrocalcificaciones, ecogenicidad, estructura, presencia o ausencia de halo, circulación y presencia o no de adenopatías) y la categorización mediante la clasificación de Bethesda

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

(I a VI) en la citología de nódulo tiroideo. Los datos clínicos y analíticos que se recogerán y se correlacionarán (tiempo de evolución, crecimiento, manifestaciones locales, antecedentes familiares de patología tiroidea, función tiroidea, autoinmunidad, antecedentes de radiaciones previas)
- Se realizará una revisión de las tiroidectomías realizadas realizadas para analizar la correlación clínico-ecográfica y con la citología preoperatoria y el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica

INDICADORES
- Porcentaje de informes con la clasificación de Bethesda. (>70%)
- Número de PAAFs y porcentaje de muestras insuficientes (<20%)
-Porcentaje de ecografías patológicas con resultado de malignidad citológica/histológica. (>50%)
- Porcentaje de histologías malignas con citología previa de benignidad. (<20%)
- Porcentaje de malignidad en citologías indeterminadas. (<20%)
- Porcentaje de beningnidad en citologías sospechosas o malignas. (<20%)

DURACIÓN
- El estudio recogerá datos desde enero de 2018 a junio de 2018 en carácter retrospectivo y partir de esta fecha será de carácter prospectivo.
- El análisis de datos del estudio retrospectivo se realizará durante los meses octubre-diciembre de 2018.
- En diciembre 2018-enero 2019 se espera analizar los datos disponibles. La idea es continuar con el proyecto como base de la mejora continua de nuestra asistencia

OBSERVACIONES
Se trata de un estudio retrospectivo inicialmente con el objetivo de pasar a ser un verdadero estudio prospectivo observacional que mejore nuestra práctica clínica diaria.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El manejo adecuado de la hiperglucemia en el hospital, tanto del paciente con una diabetes conocida que ingresa por una descompensación aguda o proceso intercurrente o el paciente con hiperglucemia que previamente no se conocía diabético tiene un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmaceúticos..) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.
Se han realizado las siguientes actividades para conseguir los objetivos expuestos en el proyecto.
1. Se detecta que hay falta de formación en el manejo de la hiperglucemia en el hospital, tanto del personal médico como enfermería. Se detectó en ocasiones desconocimiento de los tipos de insulinas, técnica adecuada de administración de la insulina, así como de las pautas de insulinización individualizada según la situación del paciente.
2. Para tener una visión mas objetiva de la situación, se elaboró un encuesta. Desde la Unidad de Docencia del HRV, se envió por mail a todos los facultativos. Estas son las preguntas y las respuestas:
a. Cuando el paciente con diabetes ingresa, ¿Se retiran los antidiabéticos orales?. 71% si respondierón SI y un 29% NO
b. Lo habitual en el paciente con hiperglucemia es utilizar las pautas de insulina rápida a demanda (PIR): 66% respondieron SI y un 34% NO
c. ¿Se realiza una determinación de HbA1c en los pacientes que ingresan con hiperglucemia si no tienen esta determinación o es de hace > 3 meses?: 66% respondieron NO y un 34% SI
d. En los pacientes en situación de ayuno, ¿se utiliza la insulina basal?: 62% respondieron SI y un 38% NO
e. Se utiliza la insulina en perfusión intravenosa en hiperglucemias mantenidas (> 300 mg/dl), no controladas con la pauta subcutánea? 62% respondieron SI y un 38% NO
Según la encuesta se deduce que hay área de mejora en el manejo de la hiperglucemias en el hospital.
3. Se ha elaborado un protocolo de insulinización subcutánea, con pautas de actuación desde que el paciente acude al hospital y se detecta una hiperglucemia (las primeras horas), durante toda la estancia hospitalaria y la planificación del tratamiento al alta. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
4. Se ha elaborado un protocolo de insulinización intravenosa. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
5. Se ha elaborado un cartel DIN A 4 con todas las insulinas disponibles en el hospital y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
6. Se ha realizado un protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio. Se ha dado difusión mediante sesión clínica con el Servicio de Cirugía y Anestesia. Las pautas de de insulinización para el tratamiento de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, se han incluido en el protocolo del pre y posoperatorio de cirugía. Se ha realizado una relación de todos los ADOs orales y la pauta de suspensión previa a la cirugía.
7. Se han incorporado las pautas correctoras de insulina subcutánea y el protocolo de perfusión intravenosa de insulina en el Farmatools.
8. Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto se ha realizado un corte transversal, durante un periodo de tiempo concreto (mes de noviembre-2018), recogiendo los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y que ingresan en la planta de medicina interna con hiperglucemia.
9. Se han realizado dos talleres del “Manejo de la hiperglucemia en el hospital” de 4 horas de duración, con asistencia de personal médico, enfermería y de farmacia. Impartido por las facultativas de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV. En estos talleres se ha realizado difusión de los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa, las nuevas tecnologías en la diabetes, coordinación entre niveles asistenciales.
10. Se ha revisado y elaborado material educativo para la educación tanto de “supervivencia” como de refuerzo educativo durante el periodo de hospitalización. Se ha realizado una carpeta con toda la documentación (dietas, insulinización, hipoglucemias, autocontrol, pautas de ajuste de la dosis de insulina, ejercicio físico) y folletos informativos para la educación durante la estancia en el hospital. La finalidad es que todo el personal de la Sección lo tenga accesible.
11. Se ha iniciado la formación a otra enfermera del hospital, en conocimientos básicos de educación diabetológica para poder suplir en los momentos que no está la educadora del hospital.
12. Se ha actualizado la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina, que ha sido aceptada por la Comisión de Documentación e Historias clínicas y se ha implantado en casi todas las plantas del hospital.
13. Se ha realizado recogida de la actividad de educación diabetológica realizada en el hospital, teniendo en cuenta si era educación de “supervivencia/básica” en los casos de debut de diabetes”, educación de refuerzo educativo, el tipo de diabetes, el porcentaje de pacientes que tras la educación durante la hospitalización se citaba en la consulta de la educadora del hospital y el porcentaje de pacientes que eran derivados de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían para la educación avanzada y si existía un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

informe de coordinación entre las dos educadoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto, durante el mes de noviembre-2018, se recogieron los siguientes datos en la planta de medicina interna de los pacientes que ingresaban con hiperglucemia: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, IMC, el tratamiento hipoglucemiante previo (antidiabéticos orales (ADOs) o insulina); motivo de ingreso, si se solicitó o no la HbA1c al ingreso, si se retiraron o no los antidiabéticos orales a ingreso, el tipo de pauta prescrita (solo pauta correctora; insulina basal y correctora; pauta bolo-basal+correctora; insulina premezclada), si se instauró la bomba de insulina intravenosa en los casos que estaba indicada, la glucemia media (según los controles de glucemia capilar) del primer día, la glucemia media a mitad del ingreso y la glucemia media el último día de ingreso, y la estancia media.
-También en el mes de noviembre-2018 se recogieron los siguientes datos de todos los pacientes que acudían a Urgencias con hiperglucemia: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, el tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales o insulina), glucemia al ingreso, si se instauró la bomba de insulina intravenosa cuando estaba indicada, tipo de pauta de insulina utilizada (pauta insulina rápida a demanda, insulina basal+correctora, pauta bolo-basal+correctora, si se fue de alta o precisó ingreso hospitalario.
Resultados:
-Se recogieron datos de 30 pacientes ingresados en medicina interna con hiperglucemia. La estancia media fue de 15,3 ? 8,9 días. La edad media media de los pacientes ingresados fue 76,23?10,8 años. El 57,6% fueron hombres. El motivo del ingreso en el 50% de los casos fue un proceso infeccioso, 19,2% proceso neoplásico; 15,3% insuficiencia cardiaca, 1 cetoacidosis y el 11,5% ingresaron por otro motivo. Presentaban antecedentes previos de diabetes un 84,6% y un 16% no se sabían con DM. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 7,85?4,3 años. Presentaban un mayor IMC los que tenían diabetes conocida (IMC 30,9 vs 26,7, p=0,03). Se realizó una HbA1c en el 38,4%. En cuanto al tratamiento previo al ingreso: el 15,3% estaban solo con dieta, 42,3% antidiabéticos orales, 30,7% insulina basal+antidiabéticos orales, 11,5% insulina en pauta bolo-basal. En el 88,5% de los casos se retiraron los ADOs. El tratamiento durante el ingreso: en el 46,1% se utilizó solo pauta correctora; en el 34% se utlizó pauta con insulina basal+correctora, en el 19,2% se utilizó pauta bolo-basal, en ningún caso se utilizó insulina premezclada. Se instauró la bomba de insulina intravenosa, solo en 1 paciente. Los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora tenían mayor tiempo de evolución de la diabetes comparados con el resto de pacientes (12,2?3,4 vs 7,2?2,3; p < 0,001). La glucemia media del primer día de la hospitalización fue de 170,1?52 mg/dl; en la mitad del ingreso 165,96?47 mg/dl y en las últimas 24 horas 164,95?49 mgdl. En los pacientes tratados con pauta correctora o pauta basa-correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia en las primeras 24 horas, en la mitad del ingreso y en las últimas 24 horas del ingreso (163,38?32,5 mg/dl vs 154,25?31,2 mg/dl vs 162,32?33,1 mg/dl respectivamente; p=0,094). En los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora la glucemia del primer día del ingreso (234?60,1 mg/dl) se redujo en la mitad del ingreso (215,6?47,2 mg/dl) y de forma significativa en las últimas 24 horas del ingreso (191?51,2 mg/dl); p=0,004. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria, según la pauta utilizada.
-Se recogieron datos de 46 pacientes que acudieron a Urgencias por hiperglucemia. La edad media fue de 65,32?9,1 años. El 56,6% fueron hombres. Un 90,4% tenían diabetes conocida y un 9,6% no. El 17,8% tenían una DM tipo 1 y el 82,2% tenían DM tipo 2. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 10,4?5,6 años El 39,1% estaban en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media al ingreso en urgencias fue de 323,6?60 mg/dl. Se instauró bomba de insulina intravenosa en el 19,35% de los casos, se instauró en el 100 % de los casos que acudieron con cetoacidosis diabética. El tipo de pauta utilizada, en el 21,7% solo utilizaron pauta correctora; en el 60,8% se utilizó pauta basal+correctora y en un 17,3% se utilizó pauta bolo-basal. Ingresaron el 42% de los pacientes.
-En cuanto a la educación diabetológica en el hospital, se han recogido datos de 92 pacientes: 16,3% eran pacientes con DM tipo 1 (n=15), 9 fueron debut de diabetes y se realizó educación de “supervivencia” y 6 fueron pacientes con DM tipo 1 ya conocida que ingresan por descompensación aguda hiper o hipoglucémica o proceso intercurrente y que a se les realizó refuerzo educativo por no presentar buen control previo al ingreso, cambio de pauta de insulina, ingreso por hipoglucemia o falta de formación en aspectos concretos de la diabetes. Un 82,7% fueron DM tipo 2 (n=77), en el 82% ya tenían una DM conocidos el resto se diagnóstico en el ingreso hospitalario. En los casos de debut de DM tipo 2 se realizó educación de “supervivencia” en el resto de casos de DM conocida se hizo refuerzo educativo, en la mayoría de los casos fueron pacientes que precisaron tratamiento con insulina al alta. El 100% de los pacientes que debutaron con DM tanto tipo 1 como tipo 2 se citaron en el plazo de 1 semana en la consulta de la educadora del hospital y posteriormente derivados a la consulta educadora del CME Grande Covían. En los casos de refuerzo educativo durante el ingreso en el 58% se citaron en la consulta de educadora del hospital al alta. En el 94% de los pacientes existe informe de derivación, donde consta la educación en diabetes realizada (dieta, ejercicio físico, manejo y autoinyección de insulina, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia, autocontrol, autoajuste de dosis de insulina, observaciones..) de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían.
-Se ha evaluado las insulinas utilizadas en el hospital durante el 2018. Siendo un objetivo el valorar la utilización de las últimas insulinas (análogos lentos de insulina) comecializadas y que no están incluidas en el hospital (insulina Degludec,TresibaR y la insulina Glargina 300, ToujeoR). Según la información del Servicio de Farmacia, se han utilizado 3524 unidades (entre plumas precargadas de insulina, viales). El 42,3% han sido insulina rápidas o análogos de insulina rápida. El 47,7% han sido insulinas lentas o analógos de insulina lenta. El 7,17 han sido insulinas premezcladas. De total de las insulinas lentas o análogos de insulina lenta utilizadas, el 7,2% ha sido insulina Toujeo y el 5,5% ha sido insulina Tresiba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Tras analizar los resultados y teniendo en cuenta los indicadores expuestos en el proyectos se detecta:
- En los pacientes que ingresan con hiperglucemia se les realiza una HbA1c en > 30% de los casos (38,4%).
- Se retiro los ADOs en > 40% de los casos al ingreso (88,5%)
- En Urgencias las pautas a demanda con insulina rápida fueron menores al 30% (21,7%), en la planta de hospitalización fue superior (46,1%).
- La pauta basal+correctora en los pacientes en situación de ayuna, fue > 30% (34%).
- Destaca que la glucemia media de los pacientes que acudieron a Urgencias es superior a 300 mg/dl, y la instauración de bomba de insulina es baja del 19,35%.
- La glucemia media durante el ingreso se mantiene dentro de los objetivos entre 140-180 mg/dl.
- Destacar la figura de la educadora en el hospital, tanto para los pacientes que debutan con DM, como para los que hay que hacer un reciclaje educativo. Es necesario disponer de tiempo suficiente para poder realizar esta actividad. Debido a que la educadora del hospital esta actividad coincide en ocasiones con otra tarea asistencial, se puede resentir sobre todo la educación del paciente hospitalizado.
- Destacar la buena coordinación entre la educación hospitalaria y la del centro de especialidades, que contribuye a una mejora en la calidad asistencial por la continuidad de cuidados y porque favorece también una buena coordinación con la consulta médica.
- El realizar carteles con los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa ha sido muy eficiente en el manejo del paciente con hiperglucemia tanto para enfermería como médicos.
- La realización del cartel con los tipos de insulinas, ha permitido un mayor conocimiento de las insulina disponibles en el hospital y ha contribuido ha disminuir los errores por el desconocimiento de los tipos de insulinas.
- La incorporación en el Farmatools de las pautas correctoras de insulinización subcutánea, así como de las pautas de insulina intravenosa, ha sido de gran utilidad e las plantas que ya tienen implantada la prescripción electrónica.
- La actualización de las planillas de registro de glucemias ha sido muy importante para una mejor visualización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.
- La difusión de protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, ha contribuido a la mejora del control glucémico en este periodo, disminuyendo las pautas de insulilna rápida a demanda.

Recomendaciones:
- Formación continuada, en el manejo de la hiperglucemia en el hospital tanto al personal médico como enfermería. En el caso de enfermería hay previsto que la educadora del hospital haga formación a enfermería de hospitalización.
- Sesiones conjuntas entre las dos educadoras, la del centro de especialidades y el hospital.
- Disminuir las pautas correctoras a demanda.
- En los casos de descompensaciones hiperglucémicas valorar la utilización de la bomba de insulina intravenosa, como medida de corrección mas eficiente en situaciones de hiperglucemia severa.
- Aumentar la determinación de HbA1c en los pacientes ingresados con hiperglucemia para poder planificar el tratamiento al alta.
- Mantener el buen funcionamiento de la educación diabetológica en el paciente hospitalizado, por parte de la educadora del hospital. Que puede verse afectado dado que esta educadora es a tiempo parcial, distribuyendo el tiempo con otras tareas en consulta externa. Será un aspecto que se tendrá que realizar evaluación continua, solicitando si fuera necesario disponer de una mayor tiempo para esta función educadora.

7. OBSERVACIONES.
El manejo de la hiperglucemia en el hospital, requiere una evaluación y actualización continua e implementar las estrategias necesarias para una correcta implantación de los protocolos consensuados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1152 ========== ***

Nº de registro: 1152

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Autores:
BANDRES NIVELA OROSIA, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA, STODUTO GARCIA PIEDAD, ORGA SANZ ASUNCION, GARCIA LABORDA ANGELA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

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

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.
Objetivos específicos:
- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

MÉTODO
- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermeria.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutanea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
-Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

INDICADORES
- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).
- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

```
DURACIÓN
-Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
-Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
-Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
-Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulinoterapia subcutánea e intravenosa.
Difusión en todos los servicios del hospital.
-Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
-2018-2019: Implementación del protocolo


OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE
PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD
GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA
STODUTO GARCIA PIEDAD
ORGA SANZ ASUNCION
GARCIA LABORDA ANGELA
MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El manejo adecuado de la hiperglucemia en el hospital, tanto del paciente con una diabetes conocida que ingresa por una descompensación aguda o proceso intercurrente o el paciente con hiperglucemia que previamente no se conocía diabético tiene un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmaceúticos..) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.
Se han realizado las siguientes actividades para conseguir los objetivos expuestos en el proyecto.
1. Se detecta que hay falta de formación en el manejo de la hiperglucemia en el hospital, tanto del personal médico como enfermería. Se detectó en ocasiones desconocimiento de los tipos de insulinas, técnica adecuada de administración de la insulina, así como de las pautas de insulinización individualizada según la situación del paciente.
2. Para tener una visión mas objetiva de la situación, se elaboró un ENCUESTA Desde la Unidad de Docencia del HRV, se envió por mail a todos los facultativos. Estas son las preguntas y las respuestas:
a. Cuando el paciente con diabetes ingresa, ¿Se retiran los antidiabéticos orales?. 71% si respondierón SI y un 29% NO

b. Lo habitual en el paciente con hiperglucemia es utilizar las pautas de insulina rápida a demanda (PIR): 66% respondieron SI y un 34% NO

c. ¿Se realiza una determinación de HbA1c en los pacientes que ingresan con hiperglucemia si no tienen esta determinación o es de hace > 3 meses?: 66% respondieron NO y un 34% SI

d. En los pacientes en situación de ayuno, ¿se utiliza la insulina basal?: 62% respondieron SI y un 38% NO

e. Se utiliza la insulina en perfusión intravenosa en hiperglucemias mantenidas (> 300 mg/dl), no controladas con la pauta subcutánea? 62% respondieron SI y un 38% NO
Según la encuesta se deduce que hay área de mejora en el manejo de la hiperglucemias en el hospital.

3. Se ha elaborado un PROTOCOLO DE INSULILNIZACIÓN SUBCUTANEA, con pautas de actuación desde que el paciente acude al hospital y se detecta una hiperglucemia (las primeras horas), durante toda la estancia hospitalaria y la planificación del tratamiento al alta. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
4. Se ha elaborado un PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN INTRAVENOSA. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
5. Se ha elaborado un cartel DIN A 4 con todas las INSULINAS DISPONIBLES en el hospital y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
6. Se ha realizado un protocolo del MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO. Se ha dado difusión mediante sesión clínica con el Servicio de Cirugía y Anestesia. Las pautas de de insulinización para el tratamiento de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, se han incluido en el protocolo del pre y posoperatorio de cirugía. Se ha realizado una relación de todos los ADOs orales y la pauta de suspensión previa a la cirugía.
7. Se han incorporado las PAUTAS CORRECTORAS de insulina subcutánea y el protocolo de perfusión intravenosa de insulina en el FARMATOOLS.
8. Para la EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES expuestos en el proyecto se ha realizado un corte transversal, durante un periodo de tiempo concreto (mes de noviembre-2018), recogiendo los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con hiperglucemia y también de los pacientes que están ingresados con hiperglucemia en planta de medicina interna.
9. Se han realizado dos TALLERES DEL “MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL” de 4 horas de duración, con asistencia de personal médico, enfermería y de farmacia. Impartido por las facultativas de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV. En estos talleres se ha realizado difusión de los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa, las nuevas tecnologías en la diabetes, coordinación entre niveles asistenciales.
10. Se ha REVISADO Y ELABORADO MATERIAL EDUCATIVO para la educación tanto de “supervivencia” como de refuerzo educativo durante el periodo de hospitalización. Se ha realizado una carpeta con toda la documentación (dietas, insulinización, hipoglucemias, autocontrol, pautas de ajuste de la dosis de insulina, ejercicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

físico) y folletos informativos para la educación durante la estancia en el hospital. La finalidad es que todo el personal de la Sección lo tenga accesible.
11. Se ha iniciado la formación a otra enfermera del hospital, en conocimientos básicos de educación diabetológica para poder suplir en los momentos que no está la educadora del hospital.
12. Se ha realizado recogida de la actividad de educación diabetológica realizada en el hospital, teniendo en cuenta si era educación de "supervivencia/básica" en los casos de debut de diabetes", educación de refuerzo educativo, el tipo de diabetes, el porcentaje de pacientes que tras la educación durante la hospitalización se citaba en la consulta de la educadora del hospital y el porcentaje de pacientes que eran derivados de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían para la educación avanzada y si existía un informe de coordinación entre las dos educadoras.
13. Se ha actualizado la PLANILLA DE REGISTRO DE GLUCEMIAS y pauta subcutánea de insulina, que ha sido aceptada por la Comisión de Documentación e Historias clínicas y se ha implantado en casi todas las plantas del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto, durante el mes de noviembre-2018, se recogieron los siguientes DATOS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESABAN CON HIPERGLUCEMIA: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, IMC, el tratamiento hipoglucemiante previo (antidiabéticos orales (ADOs) o insulina); motivo de ingreso, si se solicitó o no la HbA1c al ingreso, si se retiraron o no los antidiabéticos orales a ingreso, el tipo de pauta prescrita (solo pauta correctora; insulina basal y correctora; pauta bolo-basal+correctora; insulina premezclada), si se instauró la bomba de insulina intravenosa en los casos que estaba indicada, la glucemia media (según los controles de glucemia capilar) del primer día, la glucemia media a mitad del ingreso y la glucemia media el último día de ingreso, y la estancia media.
-También en el mes de noviembre-2018 se recogieron los siguientes DATOS DE TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDÍAN A URGENCIAS CON HIPERGLUCEMIA: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, el tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales o insulina), glucemia al ingreso, si se instauró la bomba de insulina intravenosa cuando estaba indicada, tipo de pauta de insulina utilizada (pauta insulina rápida a demanda, insulina basal+correctora, pauta bolo-basal+correctora, si se fue de alta o precisó ingreso hospitalario.
RESULTADOS:
-Se recogieron datos de 30 pacientes ingresados en medicina interna con hiperglucemia. La estancia media fue de 15,3 ? 8,9 días. La edad media media de los pacientes ingresados fue 76,23?10,8 años. El 57,6% fueron hombres. El motivo del ingreso en el 50% de los casos fue un proceso infeccioso, 19,2% proceso neoplásico; 15,3% insuficiencia cardiaca, 1 cetoacidosis y el 11,5% ingresaron por otro motivo. Presentaban antecedentes previos de diabetes un 84,6% y un 16% no se sabían con DM. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 7,85?4,3 años. Presentaban un mayor IMC los que tenían diabetes conocida (IMC 30,9 vs 26,7, p=0,03). Se realizó una HbA1c en el 38,4%. En cuanto al tratamiento previo al ingreso: el 15,3% estaban solo con dieta, 42,3% antidiabéticos orales, 30,7% insulina basal+antidiabéticos orales, 11,5% insulina en pauta bolo-basal. En el 88,5% de los casos se retiraron los ADOs. El tratamiento durante el ingreso: en el 46,1% se utilizó solo pauta correctora; en el 34% se utlizó pauta con insulina basal+correctora, en el 19,2% se utilizó pauta bolo-basal, en ningún caso se utilizó insulina premezclada. Se instauró la bomba de insulina intravenosa, solo en 1 paciente. Los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora tenían mayor tiempo de evolución de la diabetes comparados con el resto de pacientes (12,2?3,4 vs 7,2?2,3; p < 0,001). La glucemia media del primer día de la hospitalización fue de 170,1?52 mg/dl; en la mitad del ingreso 165,96?47 mg/dl y en las últimas 24 horas 164,95?49 mgdl. En los pacientes tratados con pauta correctora o pauta basa-correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia en las primeras 24 horas, en la mitad del ingreso y en las últimas 24 horas del ingreso (163,38?32,5 mg/dl vs 154,25?31,2 mg/dl vs 162,32?33,1 mg/dl respectivamente; p=0,094). En los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora la glucemia del primer día del ingreso (234?60,1 mg/dl) se redujo en la mitad del ingreso (215,6?47,2 mg/dl) y de forma significativa en las últimas 24 horas del ingreso (191?51,2 mg/dl); p=0,004. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria, según la pauta utilizada.
-Se recogieron datos de 46 pacientes que acudieron a Urgencias por hiperglucemia. La edad media fue de 65,32?9,1 años. El 56,6% fueron hombres. Un 90,4% tenían diabetes conocida y un 9,6% no. El 17,8% tenían una DM tipo 1 y el 82,2% tenían DM tipo 2. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 10,4?5,6 años El 39,1% estaban en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media al ingreso en urgencias fue de 323,6?60 mg/dl. Se instauró bomba de insulina intravenosa en el 19,35% de los casos, se instauró en el 100 % de los casos que acudieron con cetoacidosis diabética. El tipo de pauta utilizada, en el 21,7% solo utilizaron pauta correctora; en el 60,8% se utilizó pauta basal+correctora y en un 17,3% se utilizó pauta bolo-basal. Ingresaron el 42% de los pacientes.
-En cuanto a la educación diabetológica en el hospital, se han recogido datos de 92 pacientes: 16,3% eran pacientes con DM tipo 1 (n=15), 9 fueron debut de diabetes y se realizó educación de "supervivencia" y 6 fueron pacientes con DM tipo 1 ya conocida que ingresan por descompensación aguda hiper o hipoglucémica o proceso intercurrente y que a se les realizó refuerzo educativo por no presentar buen control previo al ingreso, cambio de pauta de insulina, ingreso por hipoglucemia o falta de formación en aspectos concretos de la diabetes. Un 82,7% fueron DM tipo 2 (n=77), en el 82% ya tenían una DM conocidos el resto se diagnóstico en el ingreso hospitalario. En los casos de debut de DM tipo 2 se realizó educación de "supervivencia" en el resto de casos de DM conocida se hizo refuerzo educativo, en la mayoría de los casos fueron pacientes que precisaron tratamiento con insulina al alta. El 100% de los pacientes que debutaron con DM tanto tipo 1 como tipo 2 se citaron en el plazo de 1 semana en la consulta de la educadora del hospital y posteriormente derivados a la consulta educadora del CME Grande Covían. En los casos de refuerzo educativo durante el ingreso en el 58% se citaron en la consulta de educadora del hospital al alta. En el 94% de los pacientes existe informe de derivación, donde consta la educación en diabetes realizada (dieta, ejercicio físico, manejo y autoinyección de insulina, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia, autocontrol, autoajuste de dosis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

de insulina, observaciones..) de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían.
-Se ha evaluado las insulinas utilizadas en el hospital durante el 2018. Siendo un objetivo el valorar la utilización de las últimas insulinas (análogos lentos de insulina) comecializadas y que no están incluidas en el hospital (insulina Degludec,TresibaR y la insulina Glargina 300, ToujeoR). Según la información del Servicio de Farmacia, se han utilizado 3524 unidades (entre plumas precargadas de insulina, viales). El 42,3% han sido insulina rápidas o análogos de insulina rápida. El 47,7% han sido insulinas lentas o analógos de insulina lenta. El 7,17 han sido insulinas premezcladas. De total de las insulinas lentas o análogos de insulina lenta utilizadas, el 7,2% ha sido insulina Toujeo y el 5,5% ha sido insulina Tresiba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras analizar los resultados y teniendo en cuenta los indicadores expuestos en el proyectos se detecta:
- En los pacientes que ingresan con hiperglucemia se les realiza una HbA1c en > 30% de los casos (38,4%). Se debería conseguir que se realizara en > 50% de lo casos, si no hay una determinación en 3 meses previos, para favorecer la planficación del tratamiento al alta
- Se retiro los ADOs en > 40% de los casos al ingreso. En este indicador se consiguión en un 88,5%, es muy correcta la actuación.
- En cuanto a la utilización de las pautas de insulina rápida a demanda, que debía ser < 30%, en Urgencias se consiguió, fueron un 21,7% y en planta de medicina interna fue superior del 46,1%. Se deberá realizar una mayor formación en este aspecto.
- La pauta basal+correctora en los pacientes en situación de ayuna, fue > 30% (34%).
- Destaca que la glucemia media de los pacientes que acudieron a Urgencias es superior a 300 mg/dl, y la instauración de bomba de insulina es baja del 19,35%.
- La glucemia media durante el ingreso se mantiene dentro de los objetivos entre 140-180 mg/dl.
- Destacar la figura de la educadora en el hospital, tanto para los pacientes que debutan con DM, como para los que hay que hacer un reciclaje educativo. Es necesario disponer de tiempo suficiente para poder realizar esta actividad. Debido a que la educadora del hospital esta actividad coincide en ocasiones con otra tarea asistencial, se puede resentir sobre todo la educación del paciente hospitalizado.
- Destacar la buena coordinación entre la educación hospitalaria y la del centro de especialidades, que contribuye a una mejora en la calidad asistencial por la continuidad de cuidados y porque favorece también una buena coordinación con la consulta médica.
- El realizar carteles con los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa ha sido muy eficiente en el manejo del paciente con hiperglucemia tanto para enfermería como médicos.
- La realización del cartel con los tipos de insulinas, ha permitido un mayor conocimiento de las insulina disponibles en el hospital y ha contribuido ha disminuir los errores por el desconocimiento de los tipos de insulinas.
- La incorporación en el Farmatools de las pautas correctoras de insulinización subcutánea, así como de las pautas de insulina intravenosa, ha sido de gran utilidad e las plantas que ya tienen implantada la prescripción electrónica.
- La actualización de las planillas de registro de glucemias ha sido muy importante para una mejor visualización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.
- La difusión de protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, ha contribuido a la mejora del control glucémico en este periodo, disminuyendo las pautas de insulilna rápida a demanda.

RECOMENDACIONES:
- Formación continuada, en el manejo de la hiperglucemia en el hospital tanto al personal médico como enfermería. En el caso de enfermería hay previsto que la educadora del hospital haga formación a enfermería de hospitalización.
- Sesiones conjuntas entre las dos educadoras, la del centro de especialidades y el hospital.
- Disminuir las pautas correctoras a demanda.
- En los casos de descompensaciones hiperglucémicas valorar la bomba de insulina intravenosa, como medida de corrección mas eficiente para corregir la situación de hiperglucemia severa.
- Aumentar la determinación de HbA1c en los pacientes ingresados con hiperglucemia para poder planificar el tratamiento al alta.
- Mantener el buen funcionamiento de la educación diabetológica en el paciente hospitalizado, por parte de la educadora del hospital. Que puede verse afectado dado que esta educadora es a tiempo parcial, distribuyendo el tiempo con otras tareas en consulta externa. Será un aspecto que se tendrá que realizar evaluación continua, solicitando si fuera necesario disponer de una mayor tiempo para esta función educadora.

7. OBSERVACIONES.
El manejo de la hiperglucemia en el hospital, requiere una evaluación y actualización continua e implementar las estrategias necesarias para una correcta implantación del protocolo. Se va a continuar con actividades formativas de forma periódica tanto en el tratamiento de la hiperglucemias como en aspectos de educación diabetológica a la enfermería de la planta. Se revisarán y se actualizarán los protocolos de manejo de la hiperglucemia para garantizar la mejor calidad en la asistencia.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1152 ========== ***

Nº de registro: 1152

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Autores:
BANDRES NIVELA OROSIA, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA, STODUTO GARCIA PIEDAD, ORGA SANZ ASUNCION, GARCIA LABORDA ANGELA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.
Objetivos específicos:
- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

MÉTODO
- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermeria.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutanea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
-Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).
- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

DURACIÓN
-Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
-Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
-Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
-Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulinoterapia subcutánea e intravenosa. Difusión en todos los servicios del hospital.
-Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
-2018-2019: Implementación del protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SHEILA MARTINEZ ITURRIAGA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL
RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN
MURILLO ANDRES MARIA ROSA
DUEÑAS TURON MARIA PILAR
BENTURA ALMAZOR MARIA
ALAYA OTO VIOLETA AUREA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades que se llevaron a cabo fueron (de manera cronológica) las siguientes:
• Enero 2018: Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario. Se evalúan los consumos acotando las fechas correspondientes a un año (noviembre 2016 –noviembre 2017). Durante la revisión de los artículos se han definido desde Maestro de artículos las dosis habituales y vías de administración.
• Enero 2018: Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso. Para los pacientes cuyo ingreso está programado y para los que se quiere dejar pautado el tratamiento médico.
• Febrero 2018: Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
• Febrero 2018: Formación del personal facultativo y de enfermería responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA. Entrega del manual de prescripción y administración.
• Marzo 2018: Inicio de la prescripción electrónica y de dispensación en dosis unitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente el sistema de prescripción electrónica y dispensación en dosis unitarias en la unidad hospitalaria de Cirugía y Digestivo (planta 1-A) está en correcto funcionamiento y dicho proyecto finalizado.
En relación a los indicadores propuestos se observa:
• Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico (Si/No): SI. Consecución del 100%.
• Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico (Si/No). SI. Consecución del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de esta unidad hospitalaria se suma a las ya existentes previamente (hospitalización domiciliaria, neumología y psiquiatría) en el Hospital. Esto conlleva a la reorganización de la actividad laboral del personal del Servicio de farmacia y de la unidad de Hospitalización en que se va a implantar. El aumento en la dispensación de dosis unitarias requiere del esfuerzo conjunto de todo el personal implicado.
El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias es un sistema que mejora la seguridad de los pacientes y la calidad de la terapéutica en los hospitales. La evolución en el proceso de prescripción, validación y administración, mejora la seguridad del uso de los medicamentos. Actualmente se considera que los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) y de soporte a la toma de decisión clínica son dos estrategias prometedoras en la prevención de errores de medicación (EM), por lo que para el Servicio de Farmacia es un objetivo estratégico, que facilita la asistencia farmacéutica y nos permite avanzar en la mejora continua de todos los procesos relacionados con el uso de los medicamentos.
El objetivo del proyecto es impulsar un uso racional de los medicamentos en el hospital, es decir que prescriba el medicamento apropiado, que sea correctamente dispensado y que se administre a la dosis y por la vía adecuadas y en el tiempo correcto. Con la implantación de la dispensación en dosis unitarias y la prescripción electrónica en la planta de cirugía se pone de manifiesto la evolución del Servicio de Farmacia hacia una mejora en la seguridad del medicamento. Será un objetivo futuro conseguir la implantación en el resto de unidades hospitalarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/722 ========== ***

Nº de registro: 0722

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Autores:
MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN, MURILLO ANDRES MARIA ROSA, DUEÑAS TURON MARIA PILAR, BENTURA ALMAZOR MARIA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
La PE permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico (ordenador, Tablet-PC) evitándose tanto la transcripción del farmacéutico como la de enfermería. Estos sistemas disponen de una serie de ayudas, orientadas hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, que en esencia son bases de datos de medicamentos, las cuales son generalmente mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del servicio de farmacia o bien están disponibles en el mercado.
El objetivo es disponer de una herramienta segura y eficaz para la PE de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando transcripciones posteriores de la misma, para los pacientes ingresados y ambulatorios (de hospital de día y urgencias)
El sistema debe estar conectado o disponer de los siguientes elementos:
- Admisión. Archivo.
- Historia Clínica del Hospital
- Historia Farmacoterapéutica tanto de pacientes ingresados como de ambulantes y externos
- Base de datos de personal sanitario
- Cuidados de enfermería y registro de administración de medicamentos
- Laboratorios: Microbiología, Bioquímica, Hematología, Inmunología
- Prescripción de receta médica oficial al alta del paciente
- Información al paciente al alta
- Bases de datos de medicamentos nacionales e internacionales instalados en la aplicación y en Internet (BOT, Micromedex, etc)
- Registro de Intervenciones Farmacéuticas a la prescripción médica

Desde el año 2.010 se dispone en el Servicio de Farmacia de este hospital del programa de gestión de farmacia FarmaTools. Dicho programa comprende una serie de módulos de trabajo que hacen posible la PE y la implantación de elementos de seguridad para los pacientes:
- Módulo de Pacientes Externos: para la dispensación a los pacientes que vienen a recoger su medicación al hospital (diversos programas como VHC, VIH, EM, tratamientos biológicos, etc.)
- Módulo pacientes ambulatorios: dispensación a pacientes a los que se administra su medicación en hospital de día.
- Módulo de Unidosis: Mediante este módulo se hace la PE para la dispensación a pacientes ingresados. Ésta es validada por un farmacéutico y posteriormente se puede hacer la dispensación en dosis unitarias utilizando los carros con cajetines en cada uno de los cuales se ubica la medicación para un paciente para 24 horas, o bien se puede utilizar la medicación del stock de la planta de hospitalización. En cualquiera de los casos se deberá imprimir un listado de administración que utilizará el personal de enfermería.

En la actualidad se realiza la PE en la unidad de hospitalización de la 5ª planta (Psiquiatría), en 2ªB (Neumología y Digestivo) y para los pacientes de Hospitalización a Domicilio.
Los sistemas de dispensación con intervención previa del farmacéutico tienen como objetivo conocer la historia farmacoterapéutica de los pacientes, promoviendo la intervención farmacéutica (sustitución genérica y/o terapéutica) antes de la dispensación y administración de los fármacos, colaborando activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es la implantación de este mismo sistema de prescripción en la unidad de hospitalización 1ªA (cirugía y digestivo) y la implementación de la distribución en dosis unitarias. La población diana es por tanto la formada por todos los pacientes que ingresen en la citada unidad de hospitalización.

MÉTODO
Se prevén las siguientes actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

- Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario.
- Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso.
- Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
- Formación del personal facultativo responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA. Entrega del manual de prescripción.
- Formación del personal de enfermería de la unidad de hospitalización. Entrega del manual de prescripción.
- Inicio de la prescripción electrónica.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias.

INDICADORES
Indicadores

- Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO
- Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO

DURACIÓN
- Preparación de un listado de consumos: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Creación de camas en espera: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Inclusión protocolos: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal facultativo: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal de enfermería: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Inicio de la prescripción electrónica: Farmacéuticos. Marzo 2018.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias: Farmacéuticos. Marzo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VARELA MARTINEZ ISABEL
PORTERO VALIEN MARIA BELEN
BENTURA ALMAZOR MARIA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA
ALAYA OTO MARIA AUREA
PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL
PEREZ VERA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se redactó un procedimiento escrito describiendo lo procesos necesarios a desarrollar y las especificaciones para cada unos de ellos

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambios de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Llevar a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se envió información a las unidades clínicas por correo electrónico en relación con el proceso que se iba a acometer y la progresividad del mismo.

En las reuniones del Grupo de Mejora del Servicio de Farmacia se dio al personal auxiliar la formación relativa al concepto de código-H y prescripción por principio activo y se explicaron los aspectos prácticos como la ordenación de los medicamentos y los cambios a realizar en los sistemas automatizados Pyxis y Rotapharm.

Se ha elaborado un listado con los medicamentos del almacén de farmacia indicando el número total de los mismos y la cifra de fármacos con código-H asignado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De acuerdo con el proyecto, se ha calculado el valor del indicador de la Serie 1:

Se ha alcanzado un 10% de implantación de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- Porcentaje de implantación: se ha superado el objetivo marcado, aunque la lentitud del proceso hace que la implantación completa vaya a durar varios años con los recursos actuales.
2- Actuaciones secundarias: el cambio de los códigos supone en muchos casos un cambio de ubicación en las estanterías del almacén de Farmacia. Dicho cambio sólo es posible mediante una ampliación de la capacidad de almacenamiento para lo cual se han planificado una serie de actuaciones como la instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros que requieren compra de material y cambios en funciones del personal que nos han sido autorizados por los responsables de los mismos (ajenos al Servicio de Farmacia).
3- Se recomienda agilizar la compra e instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros.

7. OBSERVACIONES.
La falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/859 ========== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, VARELA MARTINEZ ISABEL, PORTERO VALIEN MARIA BELEN, BENTURA ALMAZOR MARIA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL, PEREZ VERA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
La prescripción electrónica asistida contribuye a racionalizar el uso de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos. La utilización de la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes evitando confusiones y problemas de comprensión. También promueve el uso de medicamentos genéricos aumentando la eficiencia.

En relación con la prescripción por principio activo está la utilización del denominado código-H. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de medicamentos que puedan utilizarse en un centro hospitalario. Un código-H es aquel que define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento.

La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos como de la dirección del centro. La utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos en el servicio de farmacia

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos

MÉTODO
Para lograr los objetivos del proyecto son necesarios varios procesos:

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambio de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Lleva a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se hará una primera reunión en la que se redacte un procedimiento escrito con los pasos citados, incluyendo los detalles técnicos que afecten a cada uno de ellos, de manera que las personas que realicen las distintas etapas del proceso dispongan de un documento con instrucciones precisas

Formación: se formará al personal de Farmacia con instrucciones sobre el concepto de código-H y el de prescripción por principio activo y qué acciones corresponderán a los diferentes componentes del servicio de farmacia

Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos existentes en el almacén de farmacia con sus denominaciones actualizadas

Plan de comunicación: mensualmente se hará llegar al personal de Farmacia y al personal médico y de enfermería del hospital y de los centros a los que se dispensan medicamentos (CAMP, residencia de Movera, ESAD, CME Grande Covián) los listados actualizados de medicamentos con las denominaciones comerciales y las correspondientes denominaciones por principio activo

INDICADORES
Proponemos 2 series de indicadores, en dependencia de los recursos humanos disponibles:

Serie 1: con los recursos actuales (3 farmacéuticos y 6 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 1: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 1 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado
B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 5% (anual)

Serie 2: con incremento de recursos (4 farmacéuticos y 7 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 2: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 2 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado
B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 50% anual

DURACIÓN
La duración del proyecto depende de los recursos humanos y materiales disponibles. En el primer caso, con los recursos actuales el proyecto duraría varios años, siendo difícil concretar con exactitud ya que es difícil hacer una estimación. Con los recursos humanos incrementados se podría hacer en un máximo de 2 años

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR NIEVAS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS HERRERO ANTONIO
GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Conforme al calendario previsto, en abril se instalaron las aplicaciones informáticas winMedtra y winSehtra en los equipos informáticos de la Unidad en fase de preproducción.
Se asistió a reuniones formativas del área técnica: 4 sesiones (marzo y abril) y sanitaria (2 sesiones).
Participación en reuniones para la adaptación del Manual de gestión a la ISO 45001, área sanitaria y área médica, desde junio a diciembre.
Actividades realizadas hasta la fecha:
1. Participación en el grupo de trabajo sanitario: Se ha finalizado la revisión del programa Medtra. Se han incorporado cuestionarios y protocolos, revisado la herramienta y elaborado instrucciones para el registro uniforme de las actuaciones (claves de diario).
2. Participación en el grupo de trabajo técnico: puesta en común modelos evaluación de riesgo (reuniones en octubre y febrero 2019).
3. Se han detectado problemas y adquirido destrezas antes de su implantación.
En febrero de 2019 se ha autorizado la utilización de la aplicación informática winMedtra en fase producción en el Sector Zaragoza III y Unidad Central de Prevención de Riesgos Laborales, por lo que no se ha podido cumplir el calendario propuesto (septiembre 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los grupos de trabajo se ha participado activamente. Se ha asistido a las reuniones programadas y se han hecho aportaciones para la mejora de las aplicaciones informáticas:
- Se han elaborado informes tipo de evaluación de riesgos de varios puestos, para su puesta en común.
- Se han elaborado modelos de informes, cuestionarios y protocolos médicos.
- Se ha incorporado a la aplicación mecanismos de programación/alerta según los cronogramas establecidos (por ejemplo para aplicar protocolos de vigilancia sanitaria, la vacunación o el seguimiento de trabajadores que tienen un accidente biológico).

No se han podido entregar informes definitivos con las aplicaciones Medtra ni Sehtra, por estar la aplicación en fase de preproducción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta iniciativa está incluida en el Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).
Las aplicaciones permiten el registro de la información, la comparación de datos y la posibilidad de compartir información entre las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales.
Valoramos positivamente el trabajo de los grupos durante este año, con la participación de compañeros de otros ámbitos de la administración, que ha favorecido el consenso en protocolos y herramientas de trabajo.
Está previsto que el Sector Zaragoza I comience a utilizar la aplicación informática winMedtra en producción en el mes de marzo. Se continuará el trabajo de los grupos hasta su implantación en todas las unidades básicas del Servicio Aragonés de Salud y del Gobierno de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1089 ========== ***

Nº de registro: 1089

Título
IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Autores:
NIEVAS MARCO MARIA PILAR, PALACIOS HERRERO ANTONIO, GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

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

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

PROBLEMA
Para la realización de la actividad sanitaria y técnica en las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales no se disponía de ninguna aplicación informática. Esto dificultaba el registro de la información, la comparación de datos entre unidades y la posibilidad de compartir información.
Con la adquisición de las herramientas informáticas MEDTRA y SEHTRA por el Gobierno de Aragón, y su implantación en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se podrá trabajar en un entorno común que también facilitará la comunicación interdisciplinar entre el área sanitaria y el área técnica.
Esta iniciativa se incluye dentro del Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del Salud y estudiantes accidentados. Se pretende realizar:
- Registro informatizado de las actuaciones sanitarias, asegurando la confidencialidad de los datos sanitarios, en un entorno de datos común a otras Unidades de Prevención.
- Unificar entre las Unidades de PRL los modelos de informes técnicos y sanitarios.

MÉTODO
Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizará:
1. Revisión y aprendizaje del funcionamiento de las aplicaciones informáticas.
2. Sesiones formativas y puesta en común con el personal sanitario y técnico de otras unidades (3 sesiones programadas en mayo).
3. Trabajar en la plataforma en fase preproducción, detección de problemas y adquirir destrezas antes de su implantación.

INDICADORES
- Número de aportaciones realizadas para la mejora de las aplicaciones por el área técnica y sanitaria.
- % de informes médicos realizados con aplicación MEDTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).
- % de evaluaciones de riesgo realizadas con aplicación SEHTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).

DURACIÓN
- Abril-mayo 2018: Instalación de las aplicaciones en fase de preproducción. Asistencia a las reuniones formativas: área sanitaria y área técnica.
- Junio-agosto 2018: Introducir datos en la aplicación informática. Detectar errores y propuesta de mejoras.
- A partir de septiembre 2018: aplicación informática en fase de producción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL TIRADO ANGLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIAGA GONZALEZ PILAR
ORTEGA UGARTE SUSANA
GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA
PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO
CAMPOS GUTIERREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un programa formativo acreditado por la Comisión de Docencia del Sector I, sobre el que se realizaron 4 sesiones formativas realizadas sobre la actualización del sistema y mejora del Sistema de notificaciones de eventos adversos
Asistieron un total de 42 miembros del personal, lo que supone el 85% de la plantilla.
Se realizaron 5 reuniones del Grupo de Calidad de Eventos Adversos de la Unidad, donde se analizaron las 36 notificaciones realizadas, lo que supone un 15% más de notificaciones respecto al año anterior.
Se registraron 2 notificaciones en el SiNASP
Finalmente se hicieron las modificaciones necesarias y se elaboraron los documentos en formato electrónico para adaptar el Sistema de Notificación al nuevo sistema de información clínica (ICCA) implantado en la UCI. En estos momentos todos los checklist que existían se han adaptado al ICCA y se está en fase de realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la realización de las sesiones formativas se produjo un aumento en las notificaciones recibidas que se podrían desglosar de la siguiente forma:
El 94,4% de las notificaciones fueron realizadas por enfermería. Los eventos adversos se produjeron en los diferentes turnos, de forma similar. En un 61% estuvieron relacionados con la medicación, siendo ésta la causa más frecuente. Según las personas que notificaron el 91,6% de los eventos fueron evitables. Como las causas más frecuentes del evento adverso: el 75% de los eventos estaban ligados a la falta de atención, el 5,56% estuvieron ligados a problemas de comunicación y otro 5,56% a problemas en la organización del trabajo.
Todos estos datos se han obtenido tras el análisis estadístico de la base de datos donde se recogen todas las notificaciones.
Se realizaron 15 recomendaciones que se enviaron a todo el personal de la Unidad y se elaboraron carteles y un archivo accesible con las 50 recomendaciones más importantes que ha realizado el Grupo de Eventos adversos desde su creación.
Las 15 recomendaciones realizadas son las siguientes:
1. Se aconseja cargar la perfusión del protocolo de Amiodarona en suero glucosado 5% de plástico, ya que al no ser necesario la utilización de cristal con este medicamento, podemos evitar los problemas de aire y purgado del equipo que podemos tener con los frascos de cristal.
2. Se recuerda que las nutriciones Enterales no deben permanecer abiertas más de 24 horas y que se debe rotular en la etiqueta la fecha y hora de apertura de los frascos
3. Utilizar las alargaderas que vienen en los Hudson para su administración, en especial cuando haya que administrar un Hudson con los respiradores Infinity, ya que con éstos, las alargaderas azules se desconectan continuamente.
4. Asegurarnos de tener un volumen adecuado para las alarmas tanto en los monitores de los boxes como en el monitor central.
5. Recordar que se pautan NPT de dos tipos. Nutriciones que tenemos en el almacén de la unidad (NPT Smojkaviben, con o sin electrolitos) y NPT elaboradas en farmacia. Se comenta la necesidad de unificar nomenclaturas con farmacia con respecto a las nutriciones que se preparan en este servicio.
6. Recordar pautar determinados fármacos en unos horarios concretos, como es el caso de las heparinas profilácticas, que establecimos pautarlas a las 20h y el ticagrelor, en el que consideramos más oportuno pautarlo en desayuno y cena en lugar de a las 12h y 24h. E
7. En la hoja de tratamiento, se han sombreado con diferentes tonos de gris, las líneas del apartado de medicación, para evitar confundirnos de línea a la hora de escribir los horarios de administración.
8. Asegurarse de la correcta sujeción de la vía para evitar extracciones accidentales. Se incide en la especial vigilancia de todas aquellas vías centrales que se colocan en quirófano cuya sujeción varía respecto a intensivos.
9. Revisar a la hora de extraer una analítica, que coincide el nombre del paciente con la petición (pegatina) y por tanto, con lo que se registra.
10. Revisar que las nutriciones enterales se administran al ritmo pautado en el tratamiento y que está registrado adecuadamente en la gráfica. Recordar que las velocidades varían según la nutrición que se administre.
11. Si un paciente precisa contención mecánica, se deben utilizar los dispositivos adecuados, para evitar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

exceso de presión y posibles lesiones.
12. Se recuerda la importancia de revisar las alergias, tanto por el personal facultativo a la hora de la prescripción de los tratamientos, como del personal de enfermería a la hora de la administración.
13. En la extracción de medicamentos del Pixis, asegurarnos que la misma coincide con la solicitada. Se han detectado varios errores de reposición por parte del servicio de farmacia, tema que se ha hablado con dicho servicio.
14. Revisión por parte de los facultativos, que la NPT pedida a Farmacia coincide con la que se prescribe en el tratamiento. Revisión por parte de enfermería a la hora de administrar la NPT, que la que suben de farmacia coincide con la pautada en la hoja del tratamiento.
15. Insistir nuevamente en la importancia de revisar el ritmo de la fluidoterapia y adaptarlo a la nueva orden de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que este proyecto ha logrado su objetivo de mejorar la cultura de seguridad de nuestra unidad. Se ha podido compartir información y resolver los problemas detectados gracias a la identificación de los factores predisponentes y los fallos en el sistema. Esta actualización de nuestro grupo de Eventos Adversos nos ha permitido rediseñar los procesos con el objetivo de evitar la recurrencia de los EAs y se han desarrollado elementos que permitirán la continuidad del proyecto integrado en el sistema de información clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/983 ========== ***

Nº de registro: 0983

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

Autores:
TIRADO ANGLES GABRIEL, ALIAGA GONZALEZ PILAR, ORTEGA UGARTE SUSANA, GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA, PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO, CAMPOS GUTIERREZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermo crítico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los Servicios de Medicina Intensiva, la gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, la cantidad y complejidad de la información utilizada, los traspasos y la necesidad del trabajo en equipo, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de eventos adversos. Dichos eventos no solo constituyen un riesgo para los enfermos, sino que, además, representan un coste económico adicional, dañan a las instituciones y a los profesionales y erosionan la confianza de los enfermos en el sistema sanitario.
La seguridad del paciente crítico y la prevención de aparición de eventos adversos siempre ha sido uno de los retos que más ha preocupado al personal de la UCI del HRV. En el año 2015 se constituyó el Grupo de Mejora de Eventos Adversos de la UCI, un grupo multidisciplinar, muy activo, que ha realizado múltiples sesiones formativas de seguridad, ha elaborado encuestas online entre el personal, que ha recogido más de 70 notificaciones de eventos adversos y que se ha reunido en más de 15 ocasiones para analizar las notificaciones recibidas y ha realizado más de 40 recomendaciones de seguridad al personal acordes a las notificaciones recibidas.
En los últimos meses de 2017 se advirtió un descenso en el número de notificaciones recibidas. Esto añadido a la implantación de un nuevo Sistema de Información clínica, con la desaparición del uso del papel hace que sea necesario una actualización y mejora del Sistema de Notificación de Eventos Adversos de la UCI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

RESULTADOS ESPERADOS
" Potenciar la actividad del Grupo
" Mejorar la formación en Seguridad del personal de la UCI del HRV
" Empoderar al personal para asumir la responsabilidad de mejorar la seguridad
" Fomentar el Feedback directo a los que han reportado notificaciones y a los grupos clave dentro de la Unidad.
" Continuar preservando la confidencialidad y el fomento de la confianza entre los profesionales que reportan y los miembros del Grupo que desarrollan las recomendaciones.

MÉTODO
" Diseñar un programa formativo acreditado, sobre Seguridad Clínica, Eventos adversos y repaso de las Recomendaciones realizadas en los últimos años.
" Diseño de los elementos necesarios para incluir el Sistema de notificación de eventos adversos en el nuevo sistema de información de la Unidad.
" Efectuar nuevas sesiones educativas para impulsar la motivación en la notificación y sus beneficios entre el personal de la Unidad.
" Publicación en formato papel y electrónico de todas las recomendaciones realizadas hasta la fecha
" Registro de las notificaciones más interesantes en el SiNASP

INDICADORES
Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:

" Nº de sesiones formativas realizadas
" Personal asistente a dichas sesiones
" Nº de notificaciones recibidas y características de éstas
" Nº de notificaciones registradas en el SiNASP
" Nº de Recomendaciones realizadas
" Desarrollo del Sistema de Notificación en el nuevo sistema de información clínica

DURACIÓN
Dicho proyecto tendrá una duración de 12 meses, a lo largo de todo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA PILAR DIEZ MASSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ RODES PABLO
ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA
PALAZON FRAILE CLAUDIA
BOLEA MURILLO LUCIA
BERGUA GOMEZ RAQUEL
PUEYO TEJEDOR PILAR
OVEDE GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización e implantación de la guía clínica de "Prevención de lesiones por presión".
Revisión sistemática de historias clínicas de los ingresos en la planta de medicina interna antes y despues de la aplicación de la guía de trabajo para ver los resultados obtenidos tras la revaloración del paciente (excepto julio y agosto por periodo vacacional).
Revisión de la cumplimentación adecuada de los registros de las escalas de Norton al ingreso del paciente, y su posterior reevalución si la puntuación obtenida fue inferior a 12.
Realización de reuniones periódicas, en junio 2018 y en enero 2019 para la evaluación de la puesta en marcha de la guía de prenvención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han utilizado la revisón de historias de enfermería de los pacientes ingresado en la planta de medicina interna, recogiendo los datos al ingreso a las 48 horas y al alta, así como si se ha realizado Escalas Norton, si se han puesto las medidas necesiarias, encontrando un 98% de historías bien completadas.
Del 100% de las historias revisada un 19% tenían norton igual o inferior a 12 y de ellos el 96% llevaban las medidas de protección adecuadas.
Antes de instaurar la guía la incidencia de úlceras or presión era de un 94% adquiridas en domicilio del paciente y un 6% adquiridas en medio hospitalario. tras la instauración de la guía de trabajo se ha disminuido la incidencia a 4%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado un procedimiento para la acogida del paciente en planta en el que la valoración enfermera se hace de forma conjunta y simultaneamente enfermera y TCAE, para la correcta elaboración de un plan de cuidados que incluya las medidas de prevención de lesiones por presión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1010 ========== ***

Nº de registro: 1010

Título
ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
DIEZ MASSO FABIOLA PILAR, MARTINEZ RODES PABLO, ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA, PALAZON FRAILE CLAUDIA, BOLEA MURILLO LUCIA, BERGUA GOMEZ RAQUEL, PUEYO TEJEDOR PILAR, OVEDE GARCIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología: Pluripatol?gico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Partiendo de los datos obtenidos, para el acuerdo de gesti?n de 2017, sobre el registro de las escalas Norton y Barthel de los pacientes ingresados en la planta de Medina Interna, se observa:
? La alta incidencia de falta de cumplimiento de las escalas de Norton y Barthel.
? que la incidencia de ulceras por presi?n desarrolladas durante el ingreso es de 4% y de ellos no se han tomado medidas de protecci?n en un 18%.
? Los pacientes con Norton entre 9 y 14, riesgo medio ?alto, no han tenido medidas de protecci?n en un 57%.
? Los pacientes con Norton inferior a 9, que es riesgo muy alto, han sido 4% sin medidas de protecci?n.
No existe instaurada en el servicio, una gu?a de trabajo que oriente al profesional de enfermer?a de forma un?nime y con evidencia cient?fica, por ello la necesidad de crearla.
Para ello se plantea la necesidad de elaborarla, por parte de los profesionales de dicho servicio, enfermer?a y TCAEs, a partir de bibliograf?a con rigor cient?fico, con el fin de poder conseguir la disminuci?n de la incidencia de ?lceras por presi?n en el servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal:
? Elaborar una gu?a cl?nica de prevenci?n de lesiones por presi?n para disminuir la incidencia de ?stas en la planta de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.
Secundarios:
? Analizar las variables que pueden aumentar el riesgo de padecer UPP.
? Registro adecuado de las escalas.
? Concienciaci?n del profesional de la importancia de la prevenci?n.
? Crear una herramienta de trabajo al profesional.
? Implicar a todos los estamentos del servicio en el tratamiento integral del paciente.

MÉTODO
? Elaboraci?n de una gu?a de trabajo para personal de enfermer?a y TCAEs del servicio.
? Reuniones peri?dicas con el personal de la planta para informar del proyecto y ponerlo en marcha.
? Revisi?n de historias de enfermer?a para comprobar el cumplimiento de escalas Norton y Barthel, y medidas de protecci?n adoptadas.
? Incidir en la importancia de la prevenci?n.

INDICADORES
Indicadores:
Revisi?n de las escalas Norton de cada paciente en los primeros d?as de ingreso para comprobar si:
? Norton <12 las medidas de prevenci?n est?n tomadas y registradas en la historia de enfermer?a : colch?n antiescaras, cambios posturales, protecci?n de talones. En caso contrario incidir en su realizaci?n por parte del personal del servicio.
? Norton entre 12-14, hacer una revaloraci?n del paciente para detectar posibles cambios y si ellos necesitan medidas preventivas.
? Norton <9 llevaran todos medidas preventivas instauradas para la prevenci?n de ?lceras por presi?n.
Otros criterios de la reevaluaci?n ser?an: Patolog?a por la cual ingresa, fiebre, estado cognitivo del paciente, Barthel actual, incontinencia de esf?nteres, portador de sonda vesical.

Evaluaci?n:
Realizar una revisi?n de historias de enfermer?a previamente a la implantaci?n de la gu?a,y dos revisiones posteriores a los 3 y 6 meses para ver el impacto en los profesionales y en los usuarios de la gu?a de prevenci?n.

DURACIÓN
Mes de Junio: Revisi?n bibliogr?fica,
Julio-Agosto: elaboraci?n de la gu?a de procedimientos.
Septiembre:
? Presentaci?n de la gu?a elaborada a las direcciones y al personal implicado en el cuidado del paciente, del servicio de Medicina Interna.
? Formaci?n del personal que trabaja en dicho servicio.
Octubre: Primera revisi?n de historias de enfermer?a antes de implantar la gu?a.
Noviembre- Febrero: Aplicaci?n de la gu?a cl?nica por parte de los profesionales de enfermer?a.
Febrero: Segunda revisi?n de historias.
Mayo: Evaluaci?n comparativa entre las revisiones efectuada para ver los resultados de la aplicaci?n de la gu?a cl?nica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LETICIA ESTHER ROYO TRALLERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO ASENSIO RUTH
SEVIL PURAS MARIA
FELIX RUBIO SANTIAGO
MARTIN ALGORA ISABEL
RIVERA ALCALA NICOLAS
CRESTELO VIEITEZ ANXELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se valoró al 70-80% de pacientes crónico complejos ingresados en M.Interna cumplidores de criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad clínica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificó el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso.
De este modo se estableció una línea de comunicación diaria entre ambas unidades y derivación de pacientes crónico complejos a HaD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hubo una valoración mínima de 4 pacientes/semana para su derivación, traducida en 20 pacientes mensuales, que en la última mitad del año fue de un total de 140 pacientes. A su vez, ingresaron en HaD el 90% de los pacientes propuestos por la Unidad Crónico Complejo.
De este porcentaje, la tasa de reingreso hospitalario fue baja, en torno a un 10%, evitándose en un alto porcentaje de pacientes la adquisición de infecciones nosocomiales y de delirium orgánico. Posteriormente, dichos pacientes continuaron tras alta hospitalaria las revisiones programadas en H. De día de la Unidad Crónico Complejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El impacto positivo de este proyecto radica en:
1. La gran satisfacción y calidad de vida percibida por el paciente y su familia por el mayor confort de mantener su seguimiento clínico y tratamiento en domicilio.
2. Se observó menor deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador dada la promoción de mayor autonomía en domicilio de estos pacientes, al evitar la inmovilización inherente en muchos casos a los primeros días de ingreso hospitalario.
3. Se evitó en la práctica totalidad de los pacientes la aparición de delirium orgánico y una significativa disminución de morbimortalidad.
4. Se produjo una mejora en la gestión de camas y en el número de ingresos consiguiéndose evitar la sobrecarga de pacientes ingresados en planta de hospitalización convencional.El paciente crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI).
Por tanto, la fragilidad clínica de estos pacientes conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna.
Como conclusión final, la creación y mantenimiento de unidades de Hospitalización a domicilio (HaD) demuestra importantes beneficios asistenciales al reducir significativamente la morbimortalidad de este tipo de pacientes así como una reducción importante del número de ingresos y/o reingresos hospitalarios con mejor flujo de pacientes hacia el medio extrahospitalario con la consecuente mejoría en la gestión de camas en planta convencional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1096 ========== ***

Nº de registro: 1096

Título
VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Autores:
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, CABALLERO ASENSIO RUTH, SEVIL PURAS MARIA, FELIX RUBIO SANTIAGO, MARTIN ALGORA ISABEL, RIVERA ALCALA NICOLAS, CRESTELO VIEITEZ ANXELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas pluripatologia
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida actual constituye un envejecimiento poblacional paulatino. La mejoría socioeconómica ligada a la innovación biomédica permite soslayar la mortalidad de muchas enfermedades (cardiovasculares, respiratorias e infectocontagiosas) cuyo precio a su supervivencia es la generación de condiciones crónicas. El paciente pluripatológico ó crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI). La fragilidad clínica unida a su comorbilidad conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna.
La Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) produce importantes beneficios clínicos al reducir significativamente la mortalidad por disminución de infecciones nosocomiales, de delirium orgánico y de reingreso hospitalario así como mayor calidad de vida percibida por el paciente. Asimismo, supone una reducción del número de ingresos y mejora de la gestión de camas en planta convencional

RESULTADOS ESPERADOS
1.Disminución del número de infecciones nosocomiales y de reingreso hospitalario en pacientes crónico complejos.
2.Reducir el riesgo de sucesos adversos ligados a hospitalización y mejorar la calidad de vida de paciente y cuidador.
3.Mejorar la gestión de número de camas e ingresos en planta de MI

MÉTODO
Valoración del 80% de pacientes crónico complejos que cumplen criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad hemodinámica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificará el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso

INDICADORES
Valoración mínima del 80% de pacientes crónico complejos ingresados en MI.
Reunión diaria del equipo de HaD (facultativos y enfermería) con facultativos del programa crónico complejo para notificación de pacientes.
Registro de pacientes (aceptados y rechazados) por parte de ambos equipos

DURACIÓN
Valoración de pacientes y registro de casos hasta 31 de diciembre de 2018.
Análisis de resultados y seguimiento de casos en 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA SANCHEZ VICENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
ROMAN BUENO MARIA LUISA
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
MAINAR PEREZ NATIVIDAD
GUTIERREZ VALDIVIA AURORA
SANCHEZ BENITO MARIA PILAR
NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Consulta con la Dirección de Enfermería del hospital para la realización del proyecto y su conveniencia.
2-Búsqueda de información sobre los traslados intrahospitalarios.
3-Diseño gráfico del poster informativo.
4.- Reunión con los supervisores de servicios de hospitalización para explicarles el procedimiento.
5-Validación y aprobación del poster por parte de la Dirección de Enfermería.
6- Colocación de los posters en los servicios del hospitalización.
7- Difusión de la información y del soporte gráfico.
8- Entrega y recogida de encuesta de satisfacción al Personal de enfermería de los servicios citados anteriormente.
9- Análisis de los datos recogidos en las encuestas y presentación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Contar con un criterio unificado de trabajo en los diversos servicios de hospitalización a la hora de realizar un traslado intrahospitalario.
Minimización de los posibles efectos adversos derivados del traslado de un servicio a otro.
Mayor satisfacción de los pacientes que obtienen las explicaciones pertinentes y perciben el traslado como una mejora en su asistencia.
Mejora de la seguridad del paciente al pasar de unos profesionales a otros.
Mayor agilidad del trabajo enfermero en el servicio de recepción al recibir al paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 91% de los encuestados da una valoración de “buena/muy buena” al poster informativo sobre el traslado intrahospitalario y un 64% de los encuestados declara que el poster con el procedimiento de traslado le ha apartado algún dato que desconocía Un 97% reconoce como importante/muy importante contar con un criterio unificado de trabajo
En referencia a si se cubren las necesidades de información sobre el paciente en los servicios receptores un 47 % dicen que “a veces”, frente a un 53% que dice que “generalmente” obtiene de forma completa la información. El 44,1 % de los encuestados declara que los traslados entre los diversos servicios de hospitalización se realiza de forma correcta solo “a veces”.
El 97% de los encuestados reconoce como importante/muy importante todas aquellas acciones encaminadas a garantizar la seguridad y satisfacción del paciente durante su traslado y a aumentar la calidad asistencial durante los mismos.
Tras los resultados obtenidos y una vez realizada la primera intervención en este campo nos parece interesante seguir trabajando en implantar medidas de mejora que nos conciencien de la importancia de realizar una buena transferencia de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1135 ========== ***

Nº de registro: 1135

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, MAINER PEREZ NATIVIDAD, GUTIERREZ VALDIVIA AURORA, SANCHEZ BENITO MARIA PILAR, NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El traslado intrahospitalario podemos definirlo como el traslado de un paciente a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o definitiva, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el paciente.
El proceso de traslado de un paciente a otra unidad debe promover la seguridad y satisfacción del paciente con actividades encaminadas a mantener la calidad en el tratamiento y los cuidados, así como a cubrir la necesidad de información de los profesionales en las unidades receptoras. El déficit en la comunicación y la información, los registros incompletos e inadecuados en la historia clínica, los retrasos debido a los requisitos administrativos y las interrupciones durante el traslado son causas que pueden dificultar el transporte seguro y eficaz dentro del hospital, afectando negativamente al proceso asistencial de los pacientes.
En nuestro Hospital se dan con frecuencia traslados de pacientes de una unidad de hospitalización en planta a otra para continuar con la asistencia debido a la falta de camas en el servicio correspondiente por especialidad al ingreso o a la necesidad de coordinación del servicio de planta con el servicio de Gestión de Camas para cubrir las necesidades que se presentan diariamente en el hospital. Esto conlleva a que en los servicios de hospitalización haya que derivar y recibir pacientes de manera habitual.
Los protocolos claros y apropiados, para el transporte intrahospitalario ayudan en el proceso de toma de decisiones sobre: los registros administrativos a cumplimentar, la documentación clínica que se debe aportar, el personal necesario y las funciones de cada uno a la hora de realizar un traslado y la coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicadas en el mismo.
En la actualidad no existen ningún protocolo en los servicios de Hospitalización en Planta de nuestro Hospital para la realización de este tipo de traslados intrahospitalarios, dejándose al “buen hacer de cada servicio” la consecución de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo estandarizado de actuación y cuidados al paciente y familia en los traslados de pacientes a otra Unidad de Hospitalización en condiciones de seguridad y comodidad de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente ni en la calidad de la asistencia.
En dicho protocolo se definirán las principales fases del traslado y las funciones de cada componente que interviene.
Después se esquematizará en un póster informativo para la correcta comprensión e interpretación de todo el personal implicado en el traslado intrahospitalario

MÉTODO
Se elaborará un protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes ingresados.
Se diseñara un póster informativo para colocar en un lugar visible en el puesto de trabajo de enfermería de cada servicio de hospitalización, de tal manera que sea de fácil acceso para su seguimiento en la realización de un traslado intrahospitalario.

INDICADORES
Se registrará en el apartado de “Proceso de Enfermería” de la historia clínica que se ha actuado según protocolo y los inconvenientes, si los hubiera, que se han encontrado en el desarrollo de dicho traslado.
Se realizará una encuesta de valoración al personal de enfermería a los 3 meses de su implantación para conocer el grado de satisfacción y la utilidad de dicho protocolo

DURACIÓN
Realización del protocolo de actuación y de un póster informativo en el mes siguiente a la aprobación del proyecto.
Aprobación por parte de la Dirección de Enfermería de dicho protocolo.
Implantación en los Servicios de Hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Realización de un test de valoración a los 3 meses de su puesta en marcha.

OBSERVACIONES
Proyecto de mejora aprobado por la Jefa de Servicio (Dra. Aliacar) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Roberto Cabestre) 4ª A Cardiología.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1142

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SEVIL PURAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATIA SANZ MARTA TERESA
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER
CABALLERO ASENSIO RUTH
FITENI MERA ISABEL
TERRAZA MARTIN SERGIO
DIEZ CORNELL MARCOS
MARTINEZ MURGUI RAUL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se explicó a todos lo médicos de Medicina Interna que hacen guardias de planta el proyecto.
Desde Mayo hasta diciembre y durante las guardias de Medicina Interna, el médico de guardia valoraba si los pacientes ingresados podían ser candidatos de HAD e informaba al paciente y familia de la alternativa asistencial.

Dado que los fines de semana y festivos no hay disponibilidad de ingreso en Hospitalización a Domicilio ni desde Urgencias ni desde planta de Medicina Interna, se dejaba constancia en la historia clínica, por parte del médico de guardia si los pacientes cumplían criterios para ingresar en Hospitalización a Domicilio.
En la sesión de la mañana se comentaban los ingresos con el resto de facultativos y el médico de la planta responsable del paciente, si consideraba que cumplía criterios de traslado a HAD, informaba a la familia y si ésta daba su consentimiento se ponía en contacto con nuestra unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 49 pacientes (21% del total) que fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.
Desde Junio del 2018 hasta diciembre del 2018 ingresaron 59 pacientes procedentes de Medicina Interna (27% del total de los pacientes), logrando un incremento del 6% en los ingresos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sesión de la mañana de todos los facultativos de Medicina Interna es una buena ocasión de poder revisar los ingresos y valorar cuales cumplen criterios para traslado a domicilio a cargo de Hospitalización a Domicilio.
Aunque la HAD en el Hospital Royo Villanova lleva cuatro años en funcionamiento, es una alternativa asistencial desconocida para parte de la población que atiende el hospital Royo Villanova. Al informar de esta opción de ingreso en domicilio a los pacientes que ingresan en la planta de Medicina Interna, obtenemos en la mayoría de los casos una respuesta positiva.
Con este proyecto, logramos aumentar en un 6% el número de ingresos en nuestra unidad procedentes de planta de Medicina Interna, que aunque cumplen criterios de ingreso en domicilio, no lo pueden hacer por ser fin de semana o festivo.
De esta forma, conseguimos altas precoces para poder liberar camas y disminuir la estancia hospitalaria

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1142 ========== ***

Nº de registro: 1142

Título
INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
SEVIL PURAS MARIA, MATIA SANZ MARTA TERESA, ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, CABALLERO ASENSIO RUTH, FITENI MERA ISABEL, TERRAZA MARTIN SERGIO, DIEZ CORNELL MARCOS, MARTINEZ MURGUI RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1142

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología susceptible de ingreso en Hospitalziación a Domicilio
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Royo Villanova comenzó su andadura en el año 2015. Inicialmente, los pacientes eran ingresados desde el servicio de Medicina Interna y otras plantas de hospitalización y posteriormente, se prosiguió con ingresos procedentes de urgencias y directamente desde Atención Primaria y consultas externas.
En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 231 ingresos en HAD y de ellos un 21% (49 pacientes en total) fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar en un 5% el número de ingresos en HAD que proceden de la planta de Medicina Interna como forma de liberar un mayor número de camas en dicho servicio en el periodo desde junio del 2018 a diciembre del 2018.
- Aumentar el número total de ingresos en HAD

MÉTODO
- Al ingreso de los pacientes el médico de guardia valorará cuales pueden ser candidatos de HAD e informará al paciente de la alternativa asistencial para ver si cumple criterios de ingreso.
- En la sesión de la mañana se comentarán los ingresos con el resto de facultativos y se decidirá cuales pueden ser candidatos a HAD.
- El médico de la planta responsable del paciente si considera que cumple criterios de traslado a HAD informará a la familia y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad

INDICADORES
- Aumento del número de ingresos procedentes de la planta de Medicina Interna en 2018 con respecto al del 2017 en un 5%.
- Aumento del número de ingresos en HAD totales en 2018 con respecto al 2017.

DURACIÓN
Se comunicará a todos los FEAS en la reunión de la mañana el proyecto y en las sucesivas reuniones de la mañana se revisarán que pacientes pueden ser candidatos a ingreso en Hospitalización a Domicilio.
Los lunes se realizará revisión de los ingresos del fin de semana y el médico de guardia comunicará a los facultativos que pacientes pueden ser candidatos a HAD.
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH CABALLERO ASENSIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ
YAGUE NOGUE MARIA
SEVIL PURAS MARIA
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER
ASPIROZ SANCHO CARMEN
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del mes de junio de 2018 se realizaron dos sesiones informativas en los servicios de Cirugía General y Urología, así como una comunicación verbal al Jefe de Servicio de Traumatología (no se pudo realizar una sesión por causas ajenas a la Unidad). Fueron sesiones interactivas, exponiendo los resultados del año previo (número de ingresos previos, días de ingreso), informando de tipos de patologías y pacientes subsidiarias de Hospitalización a Domicilio (HAD), e informando del funcionamiento de la Unidad de HAD, y de los criterios generales de inclusión en HAD, aportando hojas informativas del mismo.
Durante el resto del periodo de intervención, en las guardias médicas, se recordaba a los facultativos la revisión de los pacientes ingresados y su idoneidad o no para traslado a la unidad de HAD.
Una vez finalizado el periodo de recogida de pacientes (siete meses), se han realizado encuestas de satisfacción (voluntarias) tanto al personal sanitario de los servicios quirúrgicos como a los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los últimos siete meses del 2018 han ingresado a cargo de la Unidad de HAD del Hospital Royo Villanova 215 pacientes, de los cuales, 20 pacientes pertenecían a servicios quirúrgicos, lo que supone un 9’3% del total. De ellos, 11 fueron derivados de Cirugía General, 6 de Urología, y 3 de Traumatología (precisando uno de estos últimos ingresos repetidos –seis en total- por tratamiento supresivo en contexto de patología crónica). Cabe destacar que no hubo ningún caso rechazado por parte de la unidad, al cumplir todos ellos con los criterios de ingreso a nuestro cargo.
Todos ellos (menos uno) precisaron tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en el contexto de patologías de origen infeccioso, siendo las patologías más frecuentes abscesos de origen abdominal, prostatitis e infecciones protésicas. Únicamente dos pacientes precisaron reingreso hospitalario por mala evolución clínica; en ningún caso por complicaciones derivadas de la atención en domicilio.
En total los días de ingreso en la Unidad asciende a 201 días, de los cuales 141 días corresponden a la administración de tratamiento antimicrobiano endovenoso. En un 40% de los casos se pudo realizar terapia secuencial a vía oral. En el resto se completó el tratamiento antimicrobiano vía parenteral. En dos terceras partes de los casos se especificó la duración del tratamiento antimicrobiano al ingreso del paciente en la Unidad, según las recomendaciones PROA.
Un 15% de los pacientes precisaron medidas de aislamiento por sufrir infecciones por microorganismos resistentes (Klebsiella pneumoniae BLEE y SARM).Un 40% de los pacientes carecían de diagnóstico microbiológico (la mitad de ellos por falta de recogida de muestras, siendo el volumen más importante los provenientes de Cirugía General).
Todos los datos registrados se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de farmacia hospitalaria.
Las encuestas recibidas son voluntarias y anónimas. Se han recibido un total de 22 encuestas del personal y 12 de pacientes/familiares. En la valoración de la Unidad por parte del personal sanitario cabe destacar la baja participación de los facultativos (23%), donde la accesibilidad al servicio, la atención de los profesionales que formamos la unidad, la atención recibida (incluyendo la valoración de las opciones terapéuticas entre ambos equipos, la resolución de problemas y el ajuste y administración del tratamiento previo al traslado), y la satisfacción global recibida, recibían una valoración muy satisfactoria o extremadamente satisfactoria. Y con una valoración algo menor en si la información recibida por la Unidad era suficiente. Las oportunidades de mejora que se consideraban era la ampliación de la cartera de servicios, incluyendo la posibilidad de realizar ingresos durante los fines de semana y festivos, y aumentar el número de camas. Por parte del personal de enfermería (72% de las encuestas recibidas), la valoración global fue similar, y en las oportunidades de mejora apuntan sobre todo a un mayor contacto entre el personal de enfermería de los servicios, para mejorar la comunicación y el manejo del paciente previo al traslado.
De los pacientes, la valoración global es de un 99% bueno o muy bueno.
En global se ha cumplido el estándar marcado, aumentando en un 350% el porcentaje de solicitudes e ingresos de pacientes de servicios quirúrgicos en la HAD (9’3% comparado con los ingresos del año anterior que suponían un 2’6% del total de ingresos en la Unidad), consiguiendo una disminución de la estancia hospitalaria convencional.
Se han implementado las recomendaciones de TADE de la SEIMC-SEHAD en más de la mitad de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
La valoración global del proyecto ha sido plenamente satisfactoria, con una clara consecución de objetivos. Queda demostrada la eficacia de las sesiones informativas, quedando pendiente la mejora de la interacción/información con el personal de enfermería de los distintos servicios quirúrgicos, así como aumentar el porcentaje de secuenciación del tratamiento antimicrobiano.
Creemos conveniente continuar con las sesiones/reuniones informativas en los diferentes servicios y a los pacientes/familiares para estimular la elección de la HAD como alternativa a la hospitalización convencional.

7. OBSERVACIONES.
Hay que tener en cuenta que el ingreso en la unidad es una opción voluntaria para el paciente, y que en este proyecto no se ha incluido ninguna actuación para divulgar e informar sobre la Unidad de HAD a los pacientes ingresados y familiares.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1201 ========== ***

Nº de registro: 1201

Título
HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

Autores:
CABALLERO ASENSIO RUTH, SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ, YAGUE NOGUE MARIA, SEVIL PURAS MARIA, ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, ASPIROZ SANCHO CARMEN, MATIA SANZ MARTA TERESA, FITENI MERA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica fundamentalmente infecciosa
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El TADE (Tratamiento Antibiótico Domiciliario Endovenoso) se define como la administración de un antibiótico por vía parenteral en un paciente ambulatorio. Se ha demostrado su eficacia frente a la hospitalización convencional, siendo una modalidad asistencial segura, efectiva y eficiente en el tratamiento de los procesos infecciosos. Las complicaciones asociadas al medio hospitalario se reducen consiguiendo una recuperación más rápida favoreciendo además el retorno precoz del paciente al medio familiar, social y laboral.
En España, el TADE se realiza en unidades específicas de Hospitalización a Domicilio (HAD), con personal médico y de enfermería propios y que integran esta modalidad asistencial en su cartera de servicios.
Una gran variedad de infecciones son candidatas a TADE como infecciones de piel y partes blandas (IPPB), del tracto urinario (ITU), infecciones osteoarticulares, bacteriemias e infecciones por microorganismos multirresistentes….
Desde el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Hospital Royo Villanova se ha detectado una baja utilización por parte de otros servicios, dando como resultado una ocupación del 75%.
En los últimos 7 meses del año 2017 (de junio a diciembre 2017 incluido) hubo 231 ingresos en HaD, y de ellos únicamente un 2’6% pacientes provenían de Servicios Quirúrgicos (6 pacientes en total), todos ellos para realización de TADE, con un total de 59 días de ingreso.
Considerando que los pacientes quirúrgicos podrían beneficiarse de la HaD, y siendo uno de los servicios con menor utilización de la HaD, decidimos realizar una serie de actuaciones para mejorar el flujo de pacientes además de aprovechar para aplicar la guía de TADE de la SEIMC-SEHAD.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar el número de solicitudes de valoración de pacientes para HaD por parte de los servicios quirúrgicos del hospital (Traumatología, Cirugía General y Urología).
- Aumentar el número de pacientes derivados de servicios quirúrgicos a HaD en un 5%, y con ello disminuir la presión de camas en planta de hospitalización.
- En los pacientes subsidiarios de TADE, aplicación de las recomendaciones PROA de la guía SEIMC-SEHAD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

- Aumentar el número total de pacientes en el Servicio HaD en comparación con el año 2017.

MÉTODO
Para conseguir dichos objetivos, se van a realizar las siguientes actuaciones:
-Divulgar el contenido del servicio de HaD mediante sesiones clínicas-charlas informativas dirigidas a facultativos y personal de enfermería de los servicios de Traumatología, Cirugía General y Urología, con una periodicidad trimestral.
-Distribución del protocolo con los criterios generales de inclusión de pacientes en HaD.
-Proponer a dichos servicios la captación de aquellos pacientes subsidiarios de ingreso en HaD mediante las hojas de consulta realizadas al servicio de medicina interna
Situaciones clínicas subsidiarias de ingreso en HaD y TADE:
-Abscesos intraabdominales y perineales (hepático, esplénico, pancreático, renal y perirrenal, perirrectal y prostático) (una vez drenado el foco)
-Artritis, espondilitis y osteomielitis infecciosas
-Colecistitis y colangitis
-Epididimitis, orquitis y prostatitis bacteriana (es recomendable TADE si fracaso previo tratamiento oral o riesgo de MMRR)
-Infecciones de la piel, tejido celular subcutáneo y fascia, incluyendo las úlceras del pie diabético (teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente)
-Infección del retroperitoneo y psoas
-Pielonefritis aguda (dependerá de las comorbilidades y otros factores de gravedad como obstrucción)
El facultativo de la planta quirúrgica responsable del paciente si considera que puede cumplir criterios de traslado a HaD informará a la familia, y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad.

INDICADORES
-Recoger en un registro de todas las peticiones que se realizan por parte de los servicios quirúrgicos.
-De los pacientes seleccionados por cumplir criterios de ingreso en HaD, valoración de los diagnósticos, necesidades de TADE, días de tratamiento antimicrobiano y terapia secuencial, y aplicación de las recomendaciones PROA de la guía de la SEIMC-SEHAD recién publicada.
-Registro de pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes y que precisan aislamiento.
-Relación entre días de ingreso en Hospitalización convencional y en HaD.
-Realizar una comparación con años previos.
-Medir el índice de satisfacción de los facultativos y/o personal de enfermería.
-Medir la satisfacción de los pacientes.

DURACIÓN
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido, con una duración de 7 meses.

OBSERVACIONES
Debido a la limitación del número de participantes, no se han podido incluir a todo el equipo de enfermería del Servicio de HaD, como parte imprescindible de este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL EGEA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANADON GALICIA EVA
JIMENEZ MILLAN VANESA
PARDOS VAL PILAR
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PEREZ GIMENEZ LAURA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE ABRIL A JUNIO DE 2018 SE HIZO:- la búsqueda y revisión bibliográfica del material actualizado sobre vmni, monitorización, unidades de monitorización respiratoria….., y los cuidados de enfermería desarrollados durante estos procesos
-la puesta en común de la información recabada entre los componentes del grupo.
-deliberación de la inclusión o no en el protocolo de cada uno de los aspectos revisados.

DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2018 SE HIZO:-la elaboración del protocolo
-el envío del mismo a nuestro supervisor y al jefe del servicio de neumología (al que ambos respondieron dando su aprobación)
ENERO 2019 SE HIZO:-la presentación del protocolo al resto del personal del servicio
-envío a la comisión de cuidados de enfermería del HRV
FEBRERO 2019 :-el día 19 de febrero es valorado por dicha comisión, que lo aprueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- se ha hecho el registro del 100% de los pacientes que han pasado desde abril de 2018 por nuestra unidad
-se ha alcanzado el objetivo principal del proyecto que era la realización del protocolo de cuidados de enfermería dirigidos a pacientes ingresados en la unidad de monitorización respiratoria
-debido al retraso en la realización de las actividades, no hemos podido llevar a cabo la revisión semestral de historias propuesta en nuestro proyecto con el fin de evaluar el protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En este año 2019, nos hemos planteado terminar el proyecto haciendo 2 revisiones semestrales de las historias de los pacientes que han pasado por la unidad de monitorización respiratoria,para comprobar que el protocolo se está aplicando y demostrar su utilidad a la hora de recoger datos y de aplicar unos cuidados homogéneos
-Durante la realización del protocolo nos hemos dado cuenta de que también sería aplicable en parte a los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva aunque no tuvieran monitorización conectada,por lo que se sigue con la idea de exportarlo a otros servicios del hospital donde ingresen pacientes candidatos a la ventilación .
-Se le propone al resto del equipo de enfermería la presentación de sugerencias con el fin de mejorar dicho protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/390 ========== ***

Nº de registro: 0390

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, JIMENEZ MILLAN VANESA, PARDOS VAL PILAR, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PEREZ GIMENEZ LAURA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: no lo teníamos claro

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

PROBLEMA
– la creación y puesta en marcha duran: la creación te el primer trimestre de 2018 de una nueva unidad de monitorización respiratoria a cargo del servicio de Neumología del hospital Royo Villanova conlleva la necesidad de aclarar y protocolizar los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de pacientes, con el fin de conseguir el máximo bienestar del paciente durante su estancia en dicha unidad y a la vez rentabilizar los recursos de los que se dispone (especialmente cuando en el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva,vmni, todos los fungibles:mascarillas,tubuladuras….suponen un alto coste económico)

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS:
1. ofrecer la máxima seguridad y los mejores cuidados evidenciados al paciente
2. homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para aumentar la calidad asistencial
3. proporcionar una herramienta de trabajo en equipo que mejore la organización y planificación de los cuidados al paciente
4. rentabilizar los recursos disponibles.

MÉTODO
:1 -Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes con ventilación mecánica no invasiva y monitorizados .
2 -Reunión para puesta en común y debate.
3 -Realización de un protocolo,que desarrolle actividades que tengan la finalidad de :prevenir, disminuir o resolver las posibles complicaciones que conlleva la vmni.Entre dichas actividades se incluirán algunas más específicas como:-registro de parámetros fisiológicos (constantes vitales, nivel de consciencia, o uso de musculatura respiratoria……) –registro de parámetros de intercambio gaseoso(gasometría,saturación…)-control y revisión periódica de todo el aparataje:principalmente para evitar fugas .
Además de todos los cuidados holísticos del paciente:físicos y psicológico

4 -Presentación del mismo ante la Comisión de Calidad del HRV
5-Presentación al resto del servicio.
6-Implementación del mismo 7-Facilitar el acceso a dicho protocolo al personal de nueva contratación
8-Distribución a otros servicios que aunque no dispongan de monitores sean candidatos de acoger pacientes con vmni

INDICADORES
-Registrar a los pacientes que pasen por la unidad de monitorización respiratoria
-semestralmente revisar las historias(elegidas aleatoriamente)de un porcentaje significativo de dichos pacientes y comprobar en los registros de enfermería la cumplimentación de las actividades incluidas en el protocolo
-Calcular nºde pacientes con protocolo aplicado /nº de pacientes ingresados en la UMRx100

DURACIÓN
abril-mayo 2018:revisión bibliográfica
junio 2018:reunión para puesta en común y consensuar los mejores cuidados basándanos en las evidencias científicas actuales
septiembre 2018:presentar el protocolo ante la comisión de calidad del HRV
octubre 2018:iniciar implementación del mismo
marzo 2019:realizar la primera revisión semestral de evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VANESA JIMENEZ MILLAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EGEA GONZALEZ RAQUEL
ANADON GALICIA EVA
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PARDOS VAL PILAR
BAQUEDANO CORTES CONSUELO
SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL
FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de Abril y Mayo, los integrantes del equipo de mejora, recopilaron la información teniendo en cuenta las opiniones y sugerencias de todo el servicio de Neumología y Digestivo.
Una vez diseñado y realizado el tríptico específico de nuestro servicio, se presentó a los Jefes de Servicio de Neumología y Digestivo, así como a nuestro supervisor de enfermería, dando todos ellos su conformidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido llevar a cabo su implantación, ya que al presentar el tríptico de nuestro servicio en Dirección de Enfermería, se nos ha comunicado que existía un grupo de trabajo que estaba realizando trípticos generales de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, a pesar de que el trabajo se ha realizado, no se ha visto conveniente, por parte de Dirección de Enfermería, que el tríptico entregado sea el elaborado específicamente por nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/395 ========== ***

Nº de registro: 0395

Título
TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

Autores:
JIMENEZ MILLAN VANESA, EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PARDOS VAL PILAR, BAQUEDANO CORTES CONSUELO, SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL, FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La planta de Neumología y Digestivo del Hospital Royo Villanova está formada por diferentes espacios que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

ofrecen al paciente una atención integral durante su estancia.
Estos espacios son:
• 15 habitaciones con un total de 18 camas para paciente respiratorio y 10 para pacientes del servicio de Digestivo.
• 1 habitación donde está ubicado el Hospital de Día de Neumología
• Zona de despachos, secretaria …
Fuera del entorno de la planta:
• Consultas externas de Neumología, ubicadas en la planta baja del hospital, accediendo a ellas por la puerta de Urgencias.
• Unidad de deshabituación tabáquica, junto a las consultas externas de Neumología.
• Pruebas Funcionales, situadas también en la planta baja del hospital.
La mayoría de las veces tanto el paciente como el acompañante desconocen la ubicación, horarios, normativa de actuación... de los servicios que se le van a ofrecer durante su ingreso y al alta tras la hospitalización.
Consideramos pertinente que el usuario disponga a su llegada a la planta de un tríptico, donde venga reflejado, de una forma esquemática, toda la información que habitualmente es demandada.
Si el usuario está bien informado sobre los recursos disponibles, aumentará su sensación de confort y seguridad, a la vez que evitará en la medida de lo posible que el personal responda de forma reiterada a este tipo de demandas de información.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:
- Ofrecer una acogida e estancia confortable.
- Facilitar información importante durante la hospitalización en el servicio de Neumología y Digestivo.
- Mejorar la adaptabilidad del paciente y acompañante en su estancia mejorando así su sensación de seguridad e independencia.

MÉTODO
Todas las actividades serán puestas en común y reevaluadas periódicamente por el equipo de mejora.
- Se reunirá periódicamente toda información que los profesionales del servicio consideran más demandada por los pacientes y acompañante en el servicio de neumología y digestivo del HRV: teléfonos, localización de servicios (hospital de día, deshabituación tabáquica, despachos médicos, secretaría, etc.), horarios de comida…
- Diseño y realización del tríptico informativo de acogida.
- Presentar el proyecto a la dirección de enfermería con la intención de informar acerca de su elaboración y contenido.
- Presentación del tríptico a todos los integrantes de la unidad para su conocimiento.
- Implantar y remitir el tríptico a acompañantes y pacientes que ingresen en el servicio.
- Recogida de datos mediante encuesta y análisis de datos.

INDICADORES
Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos marcados son los siguientes:
. Número de pacientes que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x 100
. Número de pacientes que han leído el tríptico/número de pacientes que reciben el tríptico x 100
. Número de pacientes que consideran útil la información del tríptico/Número de pacientes que han recibido el tríptico.

DURACIÓN
De Abril a Diciembre de 2018.
- Abril y Mayo de 2018: Comienzo con la realización del proyecto de mejora. Reunión de equipo para puesta en común de la información que, posteriormente se recopilará en el tríptico informativo. Diseño y realización del tríptico.
- Junio de 2018: Presentación del tríptico informativo de acogida a la Dirección de Enfermería y al personal.
- Julio de 2018: Puesta en marcha. Implantar y remitir el tríptico informativo de acogida a todo paciente y acompañante que ingrese en el servicio de hospitalización de neumología y digestivo.
- Diciembre de 2018: Entrega de encuesta a los pacientes ingresados, y análisis de consecución de los objetivos marcados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0851

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BOLDOVA LOSCERTALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES NILSSON JOSE
LAZARO SIERRA JAVIER
MORENO MIRALLAS MARIA JESUS
ROSELL ABOS MARIA TERESA
ZUIL MARTIN MARCOS
CASTANERA MOROS ANTONIO
GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado hasta 4 reuniones con el servicio de Urgencias modificándose el protocolo de base del año 2017.
La conclusión de dichas reuniones ha sido la de involucrar al servicio de Medicina Interna (Dr. Nicolás Alcalá Rivera), debido al papel que, sobre ingresos de exacerbadores EPOC, también tiene el citado Servicio de Medicina Interna, incluyendo la Unidad de Hospitalización a Domicilio.
Se ha aprobado un borrador de protocolo de atención hospitalaria de Exacerbación EPOC basado en la estandarización del uso de corticoides sistémicos y/o antibioterapia empírica.
Dicho borrador no se remite a la Comisión Clínica de Evaluación de las Nuevas Tecnologías dado que no se había tenido en cuenta a la unidad de Hospitalización a Domicilio (Medicina Interna).
Inicio de activación de Hospital de Día en el Servicio, como vía alternativa, no incluida en protocolo inicial
Se han seguido integrando (tercer apartado del punto 7: Indicadores y evaluación), fármacos relacionados con la exacerbación de EPOC, en los protocolos de tratamiento de Farmatools del Centro (última actualización: bromuro de Aclidionio y fumarato de formoterol, día: 19. 02. 2019), aunque sólo parcialmente, (no incluidas plantas con pacientes neumológicos externos a la 2ª Planta).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la última reunión se han establecido los siguientes indicadores de calidad para su evaluación durante los meses de Diciembre de 2018 y Enero de 2019:
- Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC con espirometría obstructiva previa / Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Hábito tabáquico valorado en urgencias en pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación EPOC/ Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número de pacientes derivados al Hospital de Día de Neumología desde urgencias/ Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número de pacientes derivados a Hospitalización Domiciliaria desde urgencias/Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número total de pacientes ingresados en el Sº. Neumología (enero-junio 2018) con el diagnóstico de EPOC (tras filtrado de diagnósticos erróneos): 154

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La innovación en el campo de la atención extrahospitalaria supone nuevos retos para el manejo de los pacientes con exacerbación EPOC.
- La atención de los pacientes tanto en hospital de día como hospitalización a domicilio supone una disminución de los costes sanitarios (directos e indirectos) asociados a esta enfermedad.
- La integración del Servicio de Medicina Interna en el estudio permite evitar resultados e interpretaciones incompletas.

7. OBSERVACIONES.
Durante el periodo de desarrollo del Proyecto, se han producido modificaciones como:
- Aportaciones, cada vez mayores, del Hospital de Día al tratamiento de pacientes EPOC exacerbados
- Incorporación del Servicio de Medicina Interna (con la Unidad de Hospitalización a Domicilio incluida) al Proyecto, por el ingreso de importante número de pacientes EPOC exacerbadores a su cargo
- Implantación progresiva, aunque no completa, del sistema informático Farmatools en el Centro

Todas ellas suponen un conjunto de cambios de suficiente entidad, como para alterar las conclusiones y objetivos del proyecto, por lo que se solicita la tipificación de la Memoria como memoria de Seguimiento, con el fin de proporcionar unos datos definitivos más globales y completos en un plazo prolongado de un año.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/851 ========== ***

Nº de registro: 0851

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0851

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Título
PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BOLDOVA LOSCERTALES ANA, ANDRES NILSSON JOSE MARIA, MORENO MIRALLAS MARIA JESUS, LAZARO SIERRA JAVIER, ROSELL ABOS MARIA TERESA, ZUIL MARTIN MARCOS, CASTANERA MOROS ANTONIO, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedada muy prevalente en la población (En torno al 10%), esta aumentando el diagnóstico y supondrá la tercera causa de muerte a nivel mundial en el 2030
En nuestro hospital, es el GRD que más gastos sanitarios directos e indirectos genera,siendo las exacerbaciones de la EPOC uno de los desenlaces relevantes en la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la atención de los pacientes con EPOC
2. Disminuir la variabilidad en cuanto a la atención que se presta al paciente que acude al Servicio de Urgencias por exacerbación de la enfermedad.
3. Poner en marcha un protocolo de actuación en para el manejo y tratamiento de las exacerbaciones de EPOC

MÉTODO
Partimos de un borrador consensuado con el Servicio de Urgencias, desarrollado durante el año 2017
Para ello, se ha realizado búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de manejo clínico actualizadas.
Existe una previsión de reuniones junto con el Servicio de Urgencias para consensuar el trabajo a realizar conjuntamente

INDICADORES
Indicador principal: finalización del consenso en plazo
Indicadores secundarios:
1. Definir los tipos de exacerbación para ajustar tratamientos
2. Recomendaciones de manejo de la exacerbación ajustadas a la evidencia científica
3. Inclusión de protocolos de tratamiento en farmatools

DURACIÓN
Creación de herramientas informáticas, para tipificación de la exacerbación y del manejo del paciente así como de su tratamiento codificado en el programa de prescripción farmacéutica (farmatools) en Octubre de 2018.
Se prevé la finalización del protocolo en Noviembre de 2018.
A partir de Noviembre 2018, difusión en la plataforma de protocolos del Hospital Royo Villanova y adiestramiento del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
LAZARO SIERRA JAVIER
CASTANERA MOROS ANTONIO
ROSELL ABOS MARIA TERESA
ZUIL MARTIN MARCOS
VARELA MARTINEZ ISABEL
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a una extensa revisión bibliográfica de las publicaciones sobre el tratamiento de las bronquiectasias no FQ(fibrosis quística) mediante antibioterapia inhalada, observándose como en los últimos años el número de publicaciones era significativamente mayor dado el interés que despierta el tratamiento de esta patología y el incremento de casos diagnosticados.
Durante el primer trimestre de 2018, tanto la sociedad española de Neumología, como la sociedad europea de Respiratorio, publicaron guías basadas en la evidencia actual sobre el diagnóstico y el tratamiento de las bronquiectasias no FQ. Se procedió a la revisión de ambas por parte de los miembros del grupo de mejora y se contactó con responsables de Centros nacionales de Referencia y amplia experiencia (Hospital Ramón y Cajal- Madrid y Hospital Vall d´Hebron- Barcelona) con la intención de unificar criterios y elaborar un protocolo para nuestro centro.
Durante el segundo semestre de 2018 se ha procedido a la elaboración del "protocolo de utilización de antibióticos inhalados para el tratamiento de bronquiectasias no fibrosis quística" pendiente en el momento actual de evaluación y publicación en intranet.
Está prevista una sesión general para el personal del centro con el objetivo de dar a conocer oficialmente el protocolo a todos los servicios implicados en el tratamiento de esta patología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- En el momento actual el tratamiento antibiótico inhalado de las bronquiectasias no FQ se encuentra prácticamente centralizado en el Servicio de Neumología de nuestro centro, a través de 2 consultas monográficas y un Hospital de Día que adiestra a nuestros pacientes en el uso de lo dispositivos necesarios. En caso de que la prescripción la realice otro servicio, previamente consultan al Servicio de Neumología para decidir principio activo, duración del tratamiento y seguimiento posterior en consulta monográfica.
2- La variabilidad es apenas inexistente, los criterios de tratamiento, la elección del antibiótico y su dispositivo así como la formación y seguimiento del paciente están perfectamente estandarizados.
3- Se revisó que las prescripciones realizadas cumplieran los criterios establecidos (paciente con diagnóstico de bronquiectasias e infección bronquial por Pseudomona Aeruginosa u otros microorganismos potencialmente patógenos (MPP)). TODAS cumplieron ambos criterios a excepción de una, dónde la sospecha de MPP era elevada pero no se consiguió el aislamiento microbiológico ; a pesar de ello se decidió iniciar tratamiento antibiótico inhalado por la mala evolución clínica del paciente.
4- Los tiempos desde la prescripción por parte del medico especialista hasta la dispensación por parte del servicio de Farmacia se han reducido notablemente, no excediendo la semana en caso del paciente ambulatorio estable y siendo inferior a las 24 horas en caso del paciente agudo u hospitalizado.
5- Existe una base de datos creada en Hospital de Día de Neumología de todos los pacientes en tratamiento antibiótico inhalado actual. Está programado el análisis de datos y su posterior comunicación.
Simultáneamente se está participando en el Registro Internacional de Bronquiectasias (RIBRON)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Previamente a la elaboración de este proyecto y de un protocolo existía una variabilidad importante en los criterios de tratamiento y en el seguimiento de los pacientes ya que eran varios los servicios implicados . La unificación de criterios y el trabajo conjunto ha mejorado notablemente el tratamiento de nuestros pacientes.
- El manejo del enfermo de forma centralizada y en Hospital de Día de Neumología consigue un mayor adherencia del tratamiento y un diagnóstico precoz de las complicaciones.
- La comunicación y el trabajo con el servicio de Farmacia es fundamental para realizar un circuito sencillo y eficaz para el profesional y el paciente.
- La comunicación al resto de servicios implicados del protocolo realizado ha conseguido un mayor control en el uso de antibioterapia inhalada y un mejor seguimiento en este perfil de paciente.

7. OBSERVACIONES.
Se adjuntara por correo electrónico el protocolo elaborado

*** ========== Resumen del proyecto 2018/950 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Nº de registro: 0950

Título
ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Autores:
PEREZ GIMENEZ LAURA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, LAZARO SIERRA JAVIER, CASTANERA MOROS ANTONIO, ROSELL ABOS MARIA TERESA, ZUIL MARTIN MARCOS, VARELA MARTINEZ ISABEL, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Las bronquiectasias son la tercera enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea. Debido al uso, cada vez más habitual de la TAC, su diagnóstico se ha incrementado notablemente.
La experiencia adquirida en el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) se ha extrapolado a las bronquiectasias no FQ, siendo obligatorio estandarizar y protocolizar el uso de fármacos inhalados en esta entidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Población diana: pacientes con bronquiectasias no FQ con infección bronquial por gérmenes potencialmente patógenos.
-Objetivos:
Disminuir la variabilidad en el tratamiento de las bronquiectasias no FQ.
Protocolizar el uso de antibioterapia inhalada en estos pacientes
Simplificar el circuito actual de prescripción
Minimizar los errores de prescripción
Servicios a los que va dirigidos:
Neumologia, Medicina Interna, Farmacia

MÉTODO
Implementar las guías de práctica clínica a las características del hospital.
Contactar con centros de referencia nacionales que tengan estandarizado el tratamiento de las bronquiectasias no FQ
Elaboración del protocolo conjunto con farmacia y puesta en marcha

INDICADORES
Porcentaje de prescripciones correctamente cumplimentadas : número de prescripciones correctamente cumplimentadas/ número de prescripciones totales.
- Ausencia de variabilidad en el uso de antibioterapia inhalada.
- Porcentaje de prescripciones que no cumplen lo criterios de uso de antibioterapia inhalada: pacientes sin bronquiectasias, no infección crónica por microorganismo potencialmente patógeno.
- Tiempo transcurrido desde la prescripción hasta la dispensación del tratamiento por parte de farmacia
- Creación y desarrollo de una base de datos para análisis posterior.

DURACIÓN
- Noviembre 2017- Enero 2018: revisión bibliográfica
- Febrero 2018: consulta de guias recientemente publicadas (Sociedad española y sociedad europea de patologia respiratoria)
- Marzo de 2018: contacto con centros de referencia nacional para consultar sus prácticas clínicas habituales.
- Segundo trimestre 2018: elaboración de borrador del documento por parte del servicio de neumología y farmacia
- Segundo semestre de 2018: puesta en común de documentos,elaboración de documento final y puesta en marcha.
-Primer trimestre de 2019: sesion clínica informativa en sesión general hospitalaria. Análisis de los primeros resultados
- Se precisaran 3 reuniones conjuntas Neumologia-Farmacia.
- No serán necesarios recursos materiales ni humanos

OBSERVACIONES
El servicio de Neumología se encargará de la elaboración de una base de datos; se propondrá al Hospital Royo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Villanova la inclusión de los datos de pacientes con bronquiectasias no FQ en la registro nacional de bronquiectasias

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIOOCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento.
Queda pendiente su aprobación por la comisión de Documentación Clínica del hospital Royo Villanova para que forme parte de la documentación del servicio de Neurología en Intranet del Sector I.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIOOCCIPITAL MAYOR

terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento. Queda pendiente su aprobación por la comisión de Documentación Clínica del hospital Royo Villanova para que forme parte de la documentación del servicio de Neurología en Intranet del Sector I.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica. El CI firmado se guardó dentro del historial del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento.
Se ha aprobado ya este documento por parte de la Comisión de Documentación Clínica del hospital, para poder incorporarlo a Intranet del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata.
Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio de neurología han ingresado a los largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs.
En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enefermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019.
Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.
Me gustaría saber cuándo se publican las resoluciones sobre estos proyectos de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata. Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio de neurología han ingresado a los largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs. En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enefermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019. Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos.
Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata. Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para
adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio de neurología han ingresado a los largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs.
En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enfermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto,
reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019. Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUBEN HERNANDEZ VIAN
· Profesión ..... OPTOMETRISTA
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMANO ORTEGA PILAR
PARDIÑAS BARON NIEVES
CAMEO GRACIA BEATRIZ
FANLO ZARAZAGA ALVARO
LARROSA POVES JOSE MANUEL
PABLO JULVEZ LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el segundo semestre de 2018 se iniciaron los trabajos de inclusión de pacientes que permitieron el estudio de la evolución del tratamiento quirúrgico de la catarata, realizando las siguientes actividades:
- Preparación (Recursos: material y personas)
- Comunicación y apoyo del personal para establecer de forma rutinaria la toma de agudeza visual (AV) de bajo contraste pre y post-quirúrgica (1 mes y tras la cirugía).
- Recogida del cuestionario NEI VFQ-25 antes y después de la cirugía
En enero de 2019 finalizó la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el desarrollo de los 6 meses del proceso, se ha conseguido:
- Unificar criterios entre los distintos especialistas en oftalmología a la hora de incluir la paciente en la lista de espera para la cirugía de cataratas.
- Implementar los criterios de derivación para la cirugía de cataratas, basados en una toma de decisiones más objetiva.
- Evitar largos procesos de espera que puedan derivar en un riesgo oftalmológico y de la propia vida del paciente.
En cuanto a los indicadores, se obtuvo la siguiente relación:
- AV de bajo contraste en pacientes diagnosticados de catarata: 0.22 (estándar: =0.25 decimal)
- AV de bajo contraste tras cirugía de catarata: 0.76 (estándar: = 0.70 decimal)
- Relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas (valorado con cuestionario NEI VFQ-25): 0.48 (estándar = 0.50)
- Relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual tras cirugía de cataratas: 0.74 (estándar = 0.70)
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de catarata que, sin cumplir criterios para su inclusión en la lista de espera quirúrgica, son sometidos a cirugía por presentar una AV de bajo contraste = 0.25: 91% (estándar: 95%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los criterios establecidos para la inclusión en lista de espera quirúrgica de cataratas tan solo atienden a niveles de AV en condiciones de alta iluminación y contraste, o a cualquier condición patológica subyacente. Sin embargo, la presencia de cataratas afecta considerablemente a las actividades que se llevan a cabo en condiciones de baja iluminación, mermando aún más la capacidad de dependencia de estos pacientes, dada su elevada edad.
La puesta en marcha de este proyecto ha permitido unificar criterios a la hora de plantear la cirugía a los pacientes, sin necesidad de recurrir a criterios subjetivos ante determinados casos susceptibles de ser intervenidos.

La evaluación de los indicadores es muy positiva, ya que exponen claramente la influencia de la catarata en la función visual y en la calidad de vida. A pesar de no haber cumplido el estándar marcado para la inclusión en lista de los pacientes citados, el grado de cumplimiento fue elevado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1164 ========== ***

Nº de registro: 1164

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

Autores:
HERNANDEZ VIAN RUBEN, ROMANO ORTEGA PILAR, PARDIÑAS BARON NIEVES, CAMEO GRACIA BEATRIZ, FANLO ZARAZAGA ALVARO, LARROSA POVES JOSE MANUEL, PABLO JULVEZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La catarata es la principal causa de ceguera tratable en el mundo. Los principales síntomas que refieren los pacientes es una disminución de la agudeza visual, que es más marcada cuanto más importante es la opacidad cristaliniana. Sin embargo, existen otros síntomas como es la presencia de halos o la disminución de la visión en condiciones de baja iluminación, debida a la reducción en la sensibilidad al contraste que presentan estos pacientes y que pueden limitar sus actividades diarias, pudiendo corregirse con la cirugía de facoemulsificación.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer como prueba diagnóstica que permita unificar criterios, la evaluación de la agudeza visual en condiciones de bajo contraste en aquellos pacientes que presenten cierto grado de discordancia entre la agudeza visual fotópica y la sintomatología asociada siempre que, dicha agudeza visual, sea superior al valor marcado como criterio de inclusión en la cirugía.
Por tanto, se plantea:
1. Determinar la agudeza visual en condiciones mesópicas y fotópicas pre y post quirúrgicas.
2. Evaluar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual en condiciones fotópicas y mesópicas, antes y después de la cirugía.

MÉTODO
A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la agudeza visual bajo diferentes condiciones de iluminación y contraste de los pacientes que vayan a ser intervenidos de cataratas en las consultas pre y post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.
-Criterios de Inclusión
- Pacientes adultos entre 18 y 90 años
- Catarata de más 2 grados en LOCS

-Criterios de exclusión
- Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis…)
- Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofias maculares o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.

Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados. El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.

Se determinará la agudeza visual de alto contraste (100%) pre y post-cirugía con la mejor compensación bajo condiciones de iluminación fotópica (120 cd/m2) y en condiciones de iluminación mesópica (0.8 cd/m2), previa incorporación de un filtro de densidad óptica neutra de transmitancia 13.7% que proporciona una luminancia al optotipo de 5 cd/m2. Se utilizará el optotipo ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) que consta de 5 letras por línea y cada tres líneas se duplica el ángulo visual subtendido. Los resultados de agudeza visual (AV) se expresan tanto en escala decimal como en escala logarítmica, considerando la última fila de optotipos leída completamente y las letras leídas de la siguiente fila.
Los pacientes deberán completar el cuestionario NEI VFQ-25. Se trata de un cuestionario que consta de 25 preguntas y permite relacionar la calidad de vida del paciente con su estado visual.

INDICADORES
a. Determinar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual preoperatoria en condiciones fotópicas y mesópicas, que puedan justificar la inclusión en lista de espera de pacientes que, en buenas condiciones de iluminación, presenten agudezas visuales superiores a las marcadas en los protocolos de inclusión, pero cuyas actividades en condiciones escotópicas pueden verse afectadas por la presencia de cataratas.
b. Evaluar las diferencias existentes entre la agudeza visual en condiciones de iluminación mesópicas y en condiciones fotópicas antes y después de la cirugía de cataratas.
c. Determinar la relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

DURACIÓN
El periodo de reclutamiento se extenderá desde Junio de 2018 a Marzo de 2019.
El proyecto finalizará en Junio de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0322

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hablado con el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia la posibilidad de informatizar perfiles analíticos en Otorrinolaringología. Con el fin de que cuando llegue un paciente con una determinada patología y sea necesaria una analítca con determinadas parámetros, los médicos pongamos el nombre del perfil en el volante de analítca y en el ordenador salgan todos los parámetros que contiene ese perfil.
Actualmente no se puede llevar a cabo porque el número de perfiles que pueden informatizar en el laboratorio es escaso. Así que la solución es hacer un volante con los parámetros que queremos pedir, dependiendo de la patología, y utilizarlo como plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado es una plantilla, formato papel, en la que están marcados los parámetros que tenemos que pedir en determinadas patologías otorrinolaringológicas, como la sordera brusca y la amigdalitis de repetición.
Este proyecto no se va a poder realizar como se planteo en principio porque el número de perfiles informatizados es escaso en el Servicio de Análisis Clínicos y los reservan para patologías más comunes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En ocasiones hay que modificar los proyectos de mejora, dependiendo de la posibilidad de su realización. Es posible una adaptación del proyecto, que aunque no cumpla el objetivo principal del proyecto, puede mejorar nuestra asistencia clínica, que es nuestro propósito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/322 ========== ***

Nº de registro: 0322

Título
INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Una vez hecho el diagnóstico clínico de sordera súbita, antes de comenzar el tratamiento, se solicitará una batería analítica.
En pacientes con amigdalitis de repetición, también pedimos analítica de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0322

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Hasta ahora se marcaban los parámetros requeridos individualmente.
Si realizamos perfiles analíticos de cada una de esas patologías, optimizaríamos el tiempo de nuestra consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando
en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca o el de amigdalitis de repetición, tengan
codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluyen cada uno de esos perfiles.

MÉTODO
Realizar perfiles analíticos de cada patología, uno para sordera brusca y otro para amigdalitis de repetición.
Coordinarnos con el servicio de Análisis Clínicos para que cuando reciban el volante con perfil de sordera brusca,
tengan informatizados los parámetros que queremos analizar. Así mismo, con el perfil de amigdalitis de repetición.

INDICADORES
1-Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2-Nº analíticas alteradas en pacientes con amigdalitis de repetición / Nº analíticas pedidas en pacientes con
amigdalitis de repetición
3-Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados
4-Tiempo invertido en pedir analítica mediante perfiles automatizados

DURACIÓN
Reuniones organizativas: abril-mayo 2018
Creación de perfiles analíticos: junio 2018
Puesta en marcha de perfiles automatizados: julio-diciembre 2018
Evaluación indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0523

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAYA GALVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
HERRERO EGEA ANA
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Algunos miembros del equipo de Otorrinolaringología del Sector I hemos ido a Congresos del Sindrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), a cursos, hemos leído guías de práctica clínica en esta patología. Gracias a esta información se ha elaborado una ficha de exploración de la vía aérea superior en pacientes diagnosticados de SAHS. En este documento tenemos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior en esta patología y el grado de colapso de cada nivel.
También existe una Unidad del Sueño en el Sector I multidisciplinaria, formada por otorrinolaringólogos, neumólogos, neurólogos y endocrinólogos, que se encargan de valorar protocolos de actuación en estos pacientes y el abordaje diagnóstico y terapéutico de casos clínicos complejos con esta enfermedad.
Se ha realizado una sesión clínica al resto de otorrinolaringólogos del Sector I para explicar la ficha elaborada sobre el diagnóstico de los niveles de obstrucción de la vía aérea superior en pacientes con SAHS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A principios del año 2018 se estableció un protocolo de actuación en la Unidad del Sueño del Sector I. Todo paciente diagnosticado de SAHS, habitualmente por neumología o neurología, debía de ser derivado a la consulta de Otorrinolaringología para explorarle la vía aérea superior y descartar que hubiera alguna patología concomitante o alguna obstrucción de las estructuras anatómicas subsidiaria de cirugía. La cirugía se indica en pacientes con SAHS no subsidiarios de CPAP o en pacientes tratados con CPAP mal tolerado.
Al disponer todos los otorrinolaringólogos del Servicio de una ficha de exploración en esta patología, valoramos las mismas estructuras anatómicas en cada paciente con SAHS y el grado de obstrucción de esa vía aérea superior. De este modo, evitamos que alguien pueda dejarse algún aspecto importante por explorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valorar positivamente la elaboración de una ficha en la exploración diagnóstica del paciente con SAHS. Permite una mayor eficiencia en la consulta, ya que al tener delante que lugares de obstrucción tenemos que explorar, ahorramos tiempo en este proceso.
La mayor ventaja es que al medir las mismas estructuras, con los mismos criterios de obstrucción, disminuye la variabilidad diagnóstica en la exploración de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/523 ========== ***

Nº de registro: 0523

Título
ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Autores:
NAYA GALVEZ MARIA JOSE, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, HERRERO EGEA ANA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastornos respiratorios del sueño

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0523

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El síndrome de apnea hipopnea del sueño es una enfermedad prevalente. Se ha formado un Unidad de transtornos del sueño en el Sector I. Todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea son valorados por Otorrinolaringología para ver si existen alteraciones en su vía aérea superior.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una ficha de exploración física en el paciente con síndrome de apnea hipopnea del sueño. En esa exploración valoraremos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior, para que todos los otorrinolaringologos sigamos los mismos criterios en la exploración de estos pacientes y disminuya la variabilidad clínica.

MÉTODO
Creación de una ficha de exploración física.
Hacer una sesión para explicar los aspectos de la exploración física a tener en cuenta al resto de miembros del equipo.
Explorar a todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea del sueño en base a esa ficha.

INDICADORES
Nº pacientes explorados con SAHS utilizando la ficha/nº pacientes explorados con SAHS

DURACIÓN
Realizar ficha de exploración física: mayo-junio 2018
Explicación de la ficha: junio 2018
Explorar a todos los pacientes con SAHS mediante la ficha: julio a diciembre 2018
Resultados y analisis de indicadores: enero-febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0779

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado reuniones informativas entre los diferentes otorrinolaringólogos que forman el servicio del Sector I, aportando información actualizada de las directrices en el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca.
Hemos acudido a sesiones informativas de otros especialistas otorrinolaringólogos, en las que ha habido debate sobre las estrategias de actuación y se ha llegado a un consenso en el protocolo de actuación ante esta patología, siempre basándonos en la evidencia científica publicada hasta el momento actual.
Se ha elaborado un consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca, para que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Sector puedan consultarlo y seguirlo, para que nuestra actuación ante la misma patología sea la misma.
Se ha llevado a cabo un perfil analítico para esta enfermedad. Incluye bioquímica elemental, fibrinógeno, hemograma, anticuerpos antinucleares, velocidad de sedimentación globular, serología para sífilis e inmunofenotipo. De esta forma, cuando en la consulta tenemos un paciente con sordera brusca, en lugar de ir rellenando la analítica parámetro por parámetro, tenemos una plantilla de “Perfil de sordera brusca”.
Se recomienda realizar resonancia magnética cerebral en todos los casos de sordera súbita. Es aconsejable hacerla en los primeros 15 días después del diagnóstico. Su importancia radica en descartar una causa definida de la sordera brusca y en contribuir a aclarar una patogenia subyacente de esta entidad. Ante la imposibilidad de este precepto, se realizará lo más preferente que pueda asumir el Servicio de Radiología.
El tratamiento recomendado para la sordera brusca son los corticoides a todos los pacientes diagnosticados de sordera brusca en los primeros 45 días tras el inicio del episodio. Se recomienda el uso de oxígeno hiperbárico si el tratamiento primario de corticoides orales o intratimpánicos fracasa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al haber sistematizado el perfil analítico que pedimos en un paciente con sordera brusca, minimizamos el tiempo en este paso y evitamos que se nos olvide pedir algún parámetro.
La disposición de un consenso en la actuación de la sordera brusca, permite a todos los especialistas otorrinolaringólogos que ven en la consulta esta entidad tener las pautas para pedir las pruebas pertinentes y efectuar el tratamiento más efectivo. Con ello, conseguimos disminuir la variabilidad clínica.
Otro resultado alcanzado es promover sesiones monográficas a cerca de una patología, tras el estudio de sus actualizaciones y puesta en común para el debate, con la obtención de un consenso entre todos los especialistas otorrinolaringólogos.
Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes, porque no siempre se recupera la audición en esta patología. Pero si el paciente ve que sigues un protocolo de actuación, se evitan problemas médico legales que puedan surgir.
El resultado principal es mejorar nuestra práctica clínica para que el paciente quede satisfecho tras finalizar el proceso de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El número de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas de Otorrinolaringología de nuestro sector es pequeño. Ante la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, debido a que la probabilidad de mejorar la audición es mayor cuanto antes se inicie el tratamiento, se debe insistir en la divulgación y transmisión de los síntomas clínicos y una exploración básica con otoscopia y acumetría a Atención Primaria o en los servicios de Urgencias para que nos deriven a estos pacientes de forma urgente. Así ningún paciente se demorará en el inicio del tratamiento.
Se valora positivamente la elaboración de este consenso en el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/779 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0779

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Nº de registro: 0779

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La sordera brusca es una pérdida súbita de la audición. Por lo general ocurre en un solo oído y es una hipoacusia neurosensorial. La sordera súbita es una emergencia médica, el diagnóstico precoz permite instaurar el tratamiento lo antes posible. La posibilidad de recuperación de la audición es mayor si la pérdida de audición se trata a tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Poner en común el protocolo entre diferentes servicios de Otorrinolaringología de la Comunidad Autónoma de Aragón, discutirlo y que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Servicio sigamos el protocolo en el manejo de esta patología.
Informatizar el perfil analítico de la sordera brusca. Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca, esté codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluye este perfil.

MÉTODO
Realizar una reunión con otros Servicios de Otorrinolaringología y aportar lo que se está haciendo en el manejo de esta patología en la actualidad, comentar las novedades a cerca del tema y definir un protocolo de actuación en común.
Efectuar un perfil analítico para sordera brusca. Organizar con el servicio de Análisis Clínicos un perfil de sordera brusca. Con el fin de que cuando se reciba el volante en el laboratorio, esté informatizado con todos los parámetros que queremos analizar.

INDICADORES
1- Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2- Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados/ Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros automatizados

DURACIÓN
Creación del perfil analítico: junio 2018
Reunión de Otorrinolaringólogos: septiembre 2018
Puesta en marcha: a partir de septiembre 2018
Evaluación de indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0855

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA VIÑALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
HERRERO EGEA ANA
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han elaborado los criterios de semiología de los síntomas, como el grado de ocupación de los pólipos en las fosas nasales. Se complementa con la ocupación de los senos paranasales que nos proporciona la tomografía computarizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estamos elaborando el protocolo de actuación en la poliposis nasal, pendiente de su consenso y finalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La poliposis nasal es cada vez más frecuente debido a la alta incidencia de rinitis alérgica en la población. Es conveniente unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento y manejo de la poliposis nasal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/855 ========== ***

Nº de registro: 0855

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

Autores:
LABARTA VIÑALES CARMEN, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, HERRERO EGEA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

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

PROBLEMA
La poliposis nasosinusal es una patología frecuente en pacientes con rinitis, de carácter crónico y que precisa un diagnostico precoz, un manejo medico adecuado e indicación precisa de tratamiento quirúrgico.
Esta patología absorbe gran cantidad de recursos sanitarios, por lo que conviene unificar criterios para su manejo

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar un protocolo unificado de actuación para todos los facultativos especialistas del Sector I, dirigido a todos los pacientes asignados de nuestro Sector con Poliposis Nasal
- Procedimientos diagnósticos y exploraciones complementarias a solicitar
- Pautas de tratamiento medico
- Indicaciones quirúrgicas
- Manejo pre y postoperatorio del paciente tributario de Cirugía Endoscópica Nasal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0855

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

MÉTODO
-Planificar sesiones clínicas entre los miembros del Servicio para unificar criterios de actuación.
- Realizar búsquedas bibliográficas y de literatura científica sobre esta patología
- Fomentar la participación de miembros del Servicio en Cursos y Congresos.
- Realizar sesiones con Servicios de ORL de diferentes Sectores Sanitarios

INDICADORES
Revisión de Historias clínicas de pacientes controlados en Nuestro Servicio para analizar el correcto cumplimiento del protocolo establecido

DURACIÓN
- Fecha prevista para formalizar el protocolo: ultimo trimestre de 2018
- Implantación del protocolo: primer trimestre de 2019.
- Valoración de resultados: ultimo trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAD POLO JUAN MANUEL
CHENLO TOUCEDA SILVIA
ESPI BERNAL MARIA ANGELES
LOZANO SORIANO MARIA ISABEL
ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN
RUIZ OLIVARES ELISA
SARASA CLAVER MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han mantenido reuniones a lo largo del 2018 e intercambios de documentos y borradores por parte del equipo del proyecto para realizar el Documento que se adjunta. El cronograma inicial tiene previsto a lo largo del primer trimestre exponer el programa a los equipos de Urgencias y Psiquiatría e iniciar en Abril su puesta en marcha de forma piloto para evaluar las dificultades prácticas. La exposición a los equipos se realizará a lo largo del mes de Marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el siguiente documento:
Introducción.
La puesta en marcha del grupo de incidentes críticos en la UCE de Psiquiatría ha evidenciado un conjunto de situaciones relacionadas con la atención a los pacientes con patología psiquiátrica en el Servicio de Urgencias y su traslado hasta la planta de Psiquiatría en los que no se ha dado la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla.
Como consecuencia se planteó la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso. Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

Los objetivos con los que se desarrolla este protocolo son:
• Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
• Disminuir los riesgos de fuga
• Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
• Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CLINICA PSIQUIATRICA EN URGENCIAS.

La presencia de patología psiquiátrica en el paciente que acude a Urgencias no debe ser un factor discriminador en el tipo de atención recibida, por lo que el acercamiento y la actuación diagnóstica, así como la terapéutica deberían ser las mismas exista o no patología psiquátrica.

Cuando el paciente es recibido en el servicio de urgencias, la toma de decisiones basará en distintos determinantes. :
El origen de la demanda (el propio paciente, la familia, testigos ocasionales, MAP, Unidad de salud mental, juez, fuerzas de seguridad…)
Las características de la misma (Voluntaria, involuntaria, se encuentra solo o acompañado)
Estado del paciente. (colaborador, inquieto, irritable, agitado, agresivo, en riesgo suicida o incluso en riesgo vital)

Ubicación del paciente.
Los pacientes colaboradores y que acuden tranquilos y por voluntad propia, pueden ser ubicados en la sala de espera general.
Los pacientes que acuden de modo involuntario pero no agitados deberían estar en una sala de espera diferenciada a ser posible junto al triaje y requerirán la presencia del personal de seguridad.
Los pacientes agitados o aquellos que acudan con gestos suicidas serán ubicados en la zona de boxes.
Los pacientes con riesgo vital serán ubicados en la zona de boxes/ zona vital.

Orden de prioridad
Los pacientes que acudan tranquilos y por propia voluntad serán atendidos en el momento en que les corresponda según triaje.
Los pacientes que acudan de forma involuntaria, o que sean remitidos por orden judicial, o aquellos que se muestren intranquilos o agresivos, se avisará desde triaje al médico responsable del servicio de urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

para que en la medida de lo posible los atienda de forma prioritaria, acortando la espera.
Los pacientes agitados serán atendidos prioritariamente, adoptando las medidas de contención que se consideren oportunas. La agitación supone una urgencia médica.
Los pacientes con riesgo vital serán atendidos como todo paciente vital.
Los pacientes derivados para ingreso hospitalario desde otros centros hospitalarios, CSM o EAP serán atendidos por el psiquiatra de guardia.

Evaluación
Los pacientes psiquiátricos serán atendidos inicialmente por los médicos de urgencia para realizar una valoración global del caso que incluya una breve historia clínica, con una evaluación psiquiátrica básica (orientación tempeoo espacial, grado de colaboración, estado de ánimo, valoración de si existen ideas autolíticas, riesgo de heteroagresividad…) y si el cuadro puede deberse a una patología orgánica o tiene elementos paralelos somáticos que requieran atención. Se puede realizar Si precisan medidas terapéuticas o de contención iniciales, se llevará acabo la interconsulta con el psiquiatra.

Valoración de riesgos
Uno de los aspectos específicos de la evaluación es el del riesgo de auto o heteroagresividad siempre haciendo primar la seguridad de los pacientes y el personal. La primera medida en estos casos es solicitar la presencia de seguridad o de las FOP precisas.
Se avisará a Psiquiatría haciendo constar en el aviso que se trata de un paciente agitado a lo que el psiquiatra de guardia se compromete a dar preferencia, pero será igual de precisa la valoración por parte del médico del servicio de urgencias en los términos establecidos anteriormente

Riesgo de fuga
Un elemento fundamental en la valoración inicial es el riesgo de fuga. La fuga de un paciente del Servicio de Urgencias debe considerarse una contingencia a atender en:
los casos en los que haya acudido de forma involuntaria (con 061, FOP o familiares)
Los casos en los que la sintomatología psicótica o la desorganización conducta hagan prever que el paciente salga del box
En caso de que haya familiares acompañando y el paciente tolere su presencia se les permitirá permanecer con él o ella. Se intentará crear un clima de confianza y buscar un acuerdo con el paciente. Si es necesario serán ubicados en un lugar tranquilo dentro de las posibilidades y serán vigilados discretamente por un celador además de la presencia del personal de seguridad.
En caso de que no haya familiares, no tengan la capacidad contenedora requerida o el paciente no tolere su presencia será el personal de seguridad quien controle este riesgo hasta que la valoración psiquiátrica permita determinar la medida a tomar
Se solicitará intervención del psiquiatra.

AVISO A PSIQUIATRIA
Será el médico que ha realizado la primera evaluación el encargado de avisar al Psiquiatra de Guardia para informarle. En esta información se debe hacer constar la urgencia y gravedad del caso así como un breve resumen de sus características clínicas. El Psiquiatra de Guardia debe avanzar una previsión del tiempo que tardará en acudir.

INTERVENCION TERAPEUTICA
La intervención psiquiátrica en urgencias debe conjugar diversas características como ser lo más rápida posible y tener la duración necesaria garantizando la seguridad del paciente, del resto de pacientes y familiares en el Servicio de urgencias y profesionales. Por ello el lugar en el que debe de llevar a cabo debe ser tranquilo, operativo, de fácil acceso y evacuación y seguro. En nuestro hospital dichas características se reúnen en el box 11, destinado por ello a ser el lugar en el que realizan las intervenciones psiquiátricas. Dado que en el proceso hay elementos diagnósticos y terapéuticos, mientras se esté actuando en ellos (entrevista, administración de tratamiento con posible periodo posterior de valoración no prolongado, contención mecánica,…), dicha estancia permanecerá ocupada. La aparición de otra urgencia psiquiátrica llevará a valorar la prioridad entre ellas y a tomar decisiones que incluyen el lugar de llevar a cabo la atención.

El Psiquiatra de Guardia al realizar la intervención terapéutica puede requerir del Servicio de Urgencias:
La administración de Fármacos. Una parte extendida de este protocolo deberá incluir un listado de los fármacos más frecuentes de uso en Urgencias y que nunca deben de faltar
La valoración somática que se solicitará al médico que inició la asistencia
La colaboración en las medidas necesarias para garantizar la seguridad (supervisión, contención, etc) junto a la colaboración de de Seguridad el Hospital
Supervisión y cuidados de enfermería

PLAN DISPOSICIONAL

ALTA
Una vez realizada la atención si el plan disposicional es hacia el alta, será el psiquiatra de guardia quien disponga lo preciso para formalizarla. En caso de que exista clínica somática pendiente de atender o estabilizar dejará reflejado en el informe de alta todas las instrucciones referentes al alta psiquiátrica y transferirá el caso al médico del servicio de Urgencias que inició la asistencia
Si para hacer efectiva el alta es precisa la concurrencia de familiares u otros agentes, el psiquiatra de guardia debe de prever la ubicación del paciente hasta ese momento y dar las instrucciones de supervisión que sean precisas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INGRESO
El ingreso de un paciente es parte de un proceso de continuidad, y no únicamente una intervención aislada. El poder adelantarnos al proceso desde los cuidados en la urgencia nos proporciona mayor información para cuidar una acogida posterior más individualizada del paciente, evitando así ingresos más ambivalentes o de vivencia más traumática, y garantizando cuidados de mayor calidad.
Las condiciones en las que se produce el ingreso directo desde el Servicio de Urgencias serán valoradas por el psiquiatra de guardia quien diferenciara entre distintas condiciones:
Pacientes que ingresan voluntariamente y por sus características clínicas no precisan medidas especiales de seguridad y acuden caminando o en silla con celador
Pacientes que ingresan voluntariamente pero en los que sus características clínicas hacen aconsejable tomar medidas de seguridad (acompañamiento por seguridad a la planta) independientemente de que suban a planta caminando o en silla con celador
Pacientes que ingresan involuntariamente pero que su estado clínico no hace preciso contención mecánica. Serán acompañados por seguridad independientemente de que suban a planta caminando o en silla con celador
Pacientes que ingresan involuntariamente y que precisan contención mecánica para subir a planta. Esta contención se hará desde el Servicio de Urgencias y el traslado se hará con Seguridad. En estos casos se ha de prever al efectuar el ingreso que este se ha de realizar en habitación individual, que la contención ha de ser como mínimo de 3 puntos de contralaterales, que estos han de ser revisados con frecuencia. Si el paciente sube en cama con contención, el celador se llevará una de las camas del hall de psiquiatría.
El psiquiatra de guardia que indique el ingreso será el encargado de que todos los documentos y registros estén en el momento de subir el paciente a planta, así como el responsable de las condiciones en las que se realiza el ingreso:
Historia clínica general (sobre blanco).
Documentación ingreso: informes, pruebas complementarias realizadas, registros de enfermería, tratamientos, etc.
Administración últimos tratamientos y dietas así como situaciones especiales de control de enfermedades somáticas
Información de pautas esenciales de la unidad como prohibición de fumar, salidas, visitas, etc.
Revisión de pertenencias por parte de seguridad en caso de ingresos involuntarios o que han precisado contención
El ingreso se realizará cuando las condiciones físicas permitan que el paciente suba sin gotero, vías canalizadas, palo de gotero o sondas urinarias. Las excepciones a esta regla deben de ser argumentadas por el psiquiatra en el informe de ingreso

SALA DE OBSERVACION
Cuando como resultado de la intervención se concluya que es necesario que el paciente permanezca en el Servicio de Urgencias se producirá el traslado a la sala de observación. Las circunstancias en las que esto sucederá son:
Cuando haya indicación de ingreso pero no haya disponibilidad de camas en la UCE de Psiquiatría
Cuando haya indicación de ingreso pero sea preciso una estabilización somática del paciente
Cuando la situación del paciente no haya permitido una valoración psiquiátrica y sea preciso esperar a que se pueda realizar (vg intoxicaciones)
Cuando tras la valoración inicial no sea posible determinar el plan disposicional y haya que esperar a efecto de tratamientos, aparición de familiares, etc.
El personal de observación deberá supervisar el estado del paciente y el psiquiatra de guardia será avisado ante las eventualidades que se puedan producir.
En el caso de pacientes en contención mecánica es preciso tener protocolizado el registro de cuidados (motivo de la contención, conocimiento tiempo de inicio, constantes, ingestas, balance de líquidos, tratamientos administrados, revisión de puntos de contención, etc.).

PERMANENCIA EN URGENCIAS
En los periodos de saturación del servicio de urgencias, que impliquen la imposibilidad de uso de la sala de observación, se podrá utilizar el box 11 excepcionalmente y por el periodo de tiempo mínimo posible. Si es preciso que el paciente pernocte en urgencias, en el box 11, se considerará preferentemente su seguridad, intentando garantizar el descanso de una forma adecuada. Se mantendrá observación periódica y se facilitará el acceso al personal sanitario, garantizando y atendiendo las necesidades básicas mínimas. La protocolización de cuidados debe de ser similar a lo descrito en el apartado de sala de observación
El Psiquiatra de guardia deberá hacer constar en hoja de tratamiento:
Tratamiento a administrar
Frecuencia de supervisión de constantes
Necesidad de contención mecánica
Posibilidad de acompañamiento o no de familiares

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las dificultades para consensuar puntos en áreas en las que la responsabilidad sobre el paciente no está bien definida se han hecho evidentes y El poder escuchar las distintas visiones del paciente desde otros grupos profesionales y servicios ha sido un valor añadido
Queda por aplicar en la práctica el protocolo y valorar las dificultadas en el terreno tanto a nivel técnico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

como de resistencias a asumir el protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/471 ========== ***

Nº de registro: 0471

Título
PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ESPI BERNAL MARIA ANGELES, CHENLO TOUCEDA SILVIA, LOZANO SORIANO MARIA ISABEL, ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN, BERNAD POLO JUAN MANUEL, SARASA CLAVER MARIA PILAR, RUIZ OLIVARES ELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
Tras la puesta en marcha del grupo de incidencias se han detectado situaciones en las que se la atención a los pacientes desde el Servicio de Urgencias hasta la planta no ha tenido la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla.
Como consecuencia se plantea la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso.
Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos son:
- Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
- Disminuir los riesgos de fuga
- Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
- Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

MÉTODO
El grupo se constituirá como grupo de trabajo en el que se elabore un protocolo que prevea los pasos a dar desde que el paciente entra por urgencias, defina quien es responsable de su atención encada momento, como se canaliza el aviso a Psiquiatría, cómose vierte la información obtenida por Psiquiatría y como se organiza el plan disposicional de alta / ingreso
Una vez elaborado el documento se expondrá a los Servicios de Urgencias y de Psiquiatría y se pondrá en marcha abriendo un periodo de prueba de 3 meses para evaluar su implementación

INDICADORES
Elaboración del documento: SI/NO
Tiempo desde entrada en urgencias hasta que se uinicia la atención en intoxicaciones medicamentosas. Se hará un muestreo de las intoxicaciones medicamentosas atendidas en los 3 meses de evaluación con el objetivo de que el 80% sean atendidas antes de 15’
Tiempo de entrada de urgencias psiquiátricas desde que son identificadas hasta que se avisa a Psiquiatría: 80% antes de 30’ en los triados como III o IV desde el momento de ser triados
Tiempo de inicio de atención por psiquiatría desde el aviso: 80% antes de 30’ en los triados como III o IV

DURACIÓN
Constitución del grupo en Junio
Elaboración del Documento por parte del grupo Junio – Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Presentación a los Servicios Diciembre 2018
Puesta en marcha de periodo de prueba Enero – Marzo 2019
Evaluación Abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOROBIA BONEL RAQUEL
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
GIMENEZ PEREZ SILVINA
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ROCHE ORDUNA MIRIAM
TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO
SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2018 se inicia el proyecto con la primera reunión del grupo de trabajo, en la que se plantean los objetivos del mismo, se fija un cronograma inicial, y se emplaza al equipo a septiembre de 2018 para la puesta en común del trabajo individual.
En septiembre de 2018 se hace una reunión del grupo con la Supervisión del Servicio. En ella se unifican criterios con respecto a la revisión del stock de los fármacos y materiales del carro de anestesia. Se aprueba, con acuerdo verbal con el Servicio de Anestesia y Reanimación, ir adaptando el primer cajón (medicación) del carro de los quirófanos 1 a 6 por genéricos, en orden alfabético, y conforme al stock revisado en la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
A lo largo de los meses de octubre y noviembre, se materializa el cambio del primer cajón, quedando unificado en todos los quirófanos de cirugía mayor.
En diciembre de 2018, se actualizan los listados de los cajones 2º, 3º y 4º del carro, así como la bandeja superior (cuadro Excel).
A lo largo de los meses de enero y febrero de 2019, se hace efectiva la unificación de estos cajones en los quirófanos 1 a 6.
Para la difusión del proyecto entre los enfermeros del Bloque Quirúrgico, se convoca una reunión por parte de la Supervisión del Servicio y de la responsable del proyecto (18 de enero de 2019), en la que se exponen las actividades ya realizadas y su motivación, así como aquellas aún pendientes de llevarse a cabo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Unificación completa de los carros de anestesia de los seis quirófanos de cirugía mayor, con la elaboración y distribución del correspondiente listado en formato Excel.
- Aplicación práctica del listado de medicamentos revisado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Difusión del proyecto y sus motivaciones a todo el personal de enfermería del Servicio.
El indicador de calidad es del 100% en febrero de 2019; se evaluará en septiembre de 2019 (semestral) por los miembros del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos del proyecto surgen de una necesidad sentida por el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico, especialmente en aquel que realiza turno rotatorio. Esta condición implica también la rotación dentro de los diferentes quirófanos y especialidades del mismo.
La incorporación de nuevos medicamentos, buena parte de ellos genéricos, así como de diferentes materiales y productos sanitarios, unido a un intenso periodo de movilidad dentro del Servicio, debían ir de la mano con la calidad de los cuidados. En este sentido, la unificación de los carros ha resultado ser una prioridad a desarrollar.
El nuevo etiquetado, la reordenación y clasificación, a pesar de haber satisfecho al personal en su conjunto, ha resultado ser una tarea ardua por dos motivos principales:
- El deterioro de los carros por su uso dilatado e intensivo en el tiempo
- Y por haber sido un trabajo realizado de forma simultánea a la actividad quirúrgica, bien programada bien urgente, por la propia enfermera circulante, con el sobreesfuerzo y estrés que ha supuesto.

La comprobación semestral de los seis carros pretende dar continuidad a este proyecto, a la espera, no obstante, de recibir una nueva dotación de carros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1066 ========== ***

Nº de registro: 1066

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Título
ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, BOROBIA BONEL RAQUEL, ESBEC ALBALAD MARIA PILAR, GIMENEZ PEREZ SILVINA, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ROCHE ORDUNA MIRIAM, TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO, SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Quirófano del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, dispone de seis quirófanos de cirugía mayor, y uno de procedimientos locales.
A excepción de este último, todos están provistos de un carro de anestesia con los fármacos, equipos y materiales necesarios para proporcionar los cuidados anestésicos inmediatos que precisa el paciente quirúrgico.
La Comisión de Farmacia y Terapéutica, incluye en sus objetivos de 2017 la revisión y actualización de los medicamentos incluidos en los carros de anestesia. Tras la actuación del grupo de trabajo correspondiente, se aprueba el nuevo listado disponible en la Intranet.
Se detecta un deterioro generalizado del interior de los carros por su uso intensivo y dilatado en el tiempo, lo que deriva en la solicitud de accesorios en el Plan de Necesidades de 2017. No se materializa la compra de dichos materiales, y en 2018 no existe la posibilidad de volverlos a solicitar, dado que no hay nuevo Plan de Necesidades.
A su vez, se detecta una variabilidad cada vez más acusada entre el contenido y disposición de los materiales de los carros de los diferentes quirófanos.

Las situaciones anestésicas imprevistas acontecidas durante la cirugía programada y de urgencia, requieren de una actuación eficaz del personal de enfermería, que ha de ser respaldado por una rápida localización de la medicación, los equipos y materiales..

Este proyecto contribuye a mejorar la práctica diaria, contribuyendo en la creación de una cultura de seguridad en los cuidados de los enfermeros tanto de plantilla como de nueva incorporación y pregrado.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal:
- Unificar el contenido de los carros de anestesia
Secundarios:
- Hacer efectivo el nuevo listado de medicamentos aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Involucrar a todos los enfermeros quirúrgicos del Servicio en la implementación del Proyecto.

MÉTODO
- Formación de un grupo de trabajo
- Disponer del listado actualizado de medicamentos elaborado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Reuniones del equipo de mejora con la Supervisión del Servicio para acordar el stock de equipos y materiales
- Designar al personal que va a implemetar el proyecto en cada quirófano
- Buscar la más amplia difusión del proyecto en el Servicio, teniendo en cuenta los diferentes turnos de trabajo
- Información a través del grupo de Whatsapp oficial del Servicio de las novedades
- Formación del personal en Sesión de Enfermería

INDICADORES
- Comprobación semestral de los seis carros de anestesia por el personal designado
- Elaboración de un listado completo con el contenido y stock del carro
- Indicador: nº de carros que se ajustan al listado / nº total de carros de anestesia x 100
- El estándar de calidad es el 90%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Duración prevista: junio a noviembre de 2018
Calendario:
- junio 2018: 1ª reunión del equipo de trabajo
- septiembre 2018: 2ª reunión del equipo con Supervisión
- septiembre 2018: Implantación del nuevo listado
- octubre 2018: difusión del proyecto (Whatsapp, sesiones de enfermería)
- noviembre 2018: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0747

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIO GINER SERRET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER NOVELLA EUGENIO
DEL PRADO SANZ EDUARDO
GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) ACTIVIDAD CLÍNICA
Se realiza una evaluación conjunta entre el Ofmatologo y Reumatologo una vez al mes (martes) en la misma consulta para el manejo del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares con repercusión sistémica (Uveitis, Epiescleritis, Esclaritis, Edema macular uveítico,…).

2) ACTIVIDAD DOCENTE
Se realizan charlas de actualización a los Oftlmologos acerca de las terapias dirigidas que se utilizan en el tratamiento de las enfermedades oculares:
- Preparación del enfermo antes de la utilización de las terapias
- Actualización farmacológica
- Dosificación y pautas
- Seguimiento y efectos adversos

3) PROTOCOLOS
Adaptación y adopción de protocolos de:
- Pruebas diagnósticas en: Escleritis, Epiescleritis, Ojo seco, Uveítis anterior aguda, Uveítis anterior crónica,…
- Derivación y seguimiento conjunto de las patologías
- Tratamiento oftalmológico y sistémico consensuado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actividad asistencial para manejar el dianóstico y tratamiento, reduciendo la demora de casos complejos y retrasar las complicaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De momento no se han realizado publicaciones por ser de reciente creación la unidad y los casos atendidos están pendientes de seguimiento. Además la unidad está centrada en la actividad asistencial.
Aunque no se descarta en un futuro próximo la publicación de los casos diagnosticados y en seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/747 ========== ***

Nº de registro: 0747

Título
UNIDAD DE UVEITIS

Autores:
GINER SERRET EMILIO, FERRER NOVELLA EUGENIO, GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0747

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro de las principales causas de ceguera en los países desarrollados en edades medias de la vida se encuentra la uveitis (10%), muchas de las cuales se tratan con tratamientos tópicos y no son derivadas a centros de referiencia con lo que existe un riesgo elevado de complicaciones,algunas de ellas severas y crónicas (edema macular quístico,...)

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar las uveitis, diagnóstico precoz y diferencial, tratamiento, reducir complicaciones y alta resolución.

MÉTODO
Consulta multidisciplinar con realización de exploración oftamológica (OZT, angiografía con fluoresceina, lampara de hendidura,..) y descartar enfermedad sistémica.

INDICADORES
Evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas derivadas de la uveitis y su tratamiento, que produzcan una reducción de la agudeza visual (glaucoma, cataratas, edema macular quístico, sinequias,..)

DURACIÓN
Duración durante 12 meses con la realización de la consulta 1 día al mes de forma conjunta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA ROMAN BUENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO
RUJULA AZNAR MARGARITA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Consulta al servicio de farmacia del Hospital Royo Villanova sobre los antibióticos intravenosos de uso hospitalario de uso más frecuente.
2-Búsqueda de información sobre antibióticos en AEMPS.
3-Esquematización de la información.
4-Diseño gráfico del póster informativo.
5-Validación y aprobación por parte de Dirección de Enfermería y por el Servicio de Farmacia del Hospital Royo Villanova.
6- Colocación de los posters en los diferentes servicios del hospital en los que se usa antibioterapia intravenosa en su práctica habitual.
7- Difusión de la información y del soporte gráfico.
8- Realización de encuesta de satisfacción al Personal de enfermería de los servicios citados anteriormente.
9- Análisis de los datos recogidos en las encuestas y presentación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de la seguridad del paciente, minimizando la aparición de efectos adversos provocados por la administración y/o uso incorrecto de antibióticos intravenosos relacionado con el desconocimiento del personal de enfermería en el manejo de los mismos, tras comprobar, al analizar la encuesta, que un 61,11% de los encuestados no lo estaba realizando de manera correcta.
Conseguir un criterio unificado en el desempeño de la actividad.
Aumento de la confianza del personal de enfermería en el uso de antibióticos vía intravenosa en su práctica diaria comprobado tras analizar las encuestas realizadas y objetivando, que un 98,1% del personal encuestado encuentra útil el póster informativo.
Mejora de la práctica diaria en el uso de antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que ha sido satisfactorio para el personal de enfermería al que va destinado, así como una guía de utilidad de fácil acceso, pudiéndose ser reevaluada de manera periódica, adaptándose a los cambios surgidos por la modificación de los fármacos genéricos usados en el Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1220 ========== ***

Nº de registro: 1220

Título
GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, MENDOZA BELLO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El término administración vía intravenosa hace referencia a la administración directa del fármaco al torrente circulatorio, facilitando la obtención de concentraciones plasmáticas altas y precisas.
Se puede realizar de dos maneras:

- Directa. Es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml. con un medio de disolución adecuado a cada fármaco). Se usa pocas veces por las complicaciones a que puede dar lugar, ya que en general los medicamentos necesitan un tiempo de infusión más amplio que el que se obtiene con este procedimiento.
- Por goteo intravenoso, canalizando una vía venosa. Es la forma de administración intravenosa más frecuentemente utilizada en el medio hospitalario.

En marzo de 2017 la OMS lanzó una iniciativa mundial para reducir los daños graves y evitables relacionados con la administración de medicación al paciente. El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente tiene por objeto subsanar errores de procesamiento y administración de medicamentos y como consecuencia de ello evitar daños graves, discapacidad e incluso la muerte al paciente.

Entre los fármacos que habitualmente enfermería administra por vía intravenosa se encuentra una amplia variedad de antibióticos que desde su preparación hasta su administración deben mantener las condiciones ideales de estabilidad, compatibilidad y esterilidad del producto terminado.
El profesional de enfermería debe poseer conocimientos actualizados y claros desde el punto de vista farmacológico, de los antibióticos que maneja, tales como dosis, formas de preparación, manipulación de la presentación y administración.
El uso inadecuado de los mismos puede generar perjuicios en el paciente que los recibe tales como reacciones adversas de toxicidad o hipersensibilidad o de incompatibilidades farmacológicas. Esto hace que en ocasiones entre los profesionales de enfermería surjan dudas sobre la preparación y administración de dichos medicamentos ya sea por falta de información, o por la falta de tiempo que requiere la búsqueda de su correcto uso en farragosos prospectos, vademécum...
La guía que proponemos implantar va dirigida a complementar en el personal de enfermería los conocimientos relacionados con la administración de los antibióticos más utilizados en nuestro centro hospitalario, mejorando la calidad asistencial con una correcta administración de la antibioterapia por vía intravenosa y evitando errores en su uso cotidiano.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover la correcta administración de las terapias con antibióticos para obtener una mayor eficiencia.
Disminuir los factores asociados a los errores en la administración de dichos medicamentos.
Mejorar la calidad de los cuidados prestados.

MÉTODO
Elaboración de una guía informativa de los antibióticos más frecuentemente utilizados en el hospital, incluyendo nombre genérico del antibiótico, presentación, vía de administración, dosificación, reconstitución y condiciones de conservación para su correcta administración.
Diseño de póster con la información esquematizada para colocar en un lugar visible para el personal, en la zona de preparación de medicación de cada servicio de hospitalización.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción al personal de Enfermería de cada unidad para evaluar su utilidad.

DURACIÓN
Diseño del póster.
Supervisión de la guía por parte del Servicio de Farmacia.

OBSERVACIONES
Proyecto de mejora aprobado por el Jefe de Servicio (Dr. Abril) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Javier Campillo Martinez) 4ª A Cardiología.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CHENLO TOUCEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS
MEDIEL CHUECA ISMAEL
ORTIZ AVILA ANA MARIA
GIMENO GIRAL MARIA PILAR
CORNAO ANDRES ROSA MARINA
LAMARCA BLESA LUISA
ALBALA MORA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el inicio del proyecto en Junio/Julio del 2018, y en el punto de evaluación de seguimiento en el que nos encontramos, se han desarrollado las siguientes actividades:

? Trámites administrativos
? Esfuerzos dedicados a obtención de financiación del proyecto
? Definir objetivos específicos de los participantes y selección grupos
? Recogida por parte de los pacientes de sugerencias y estructura del taller
? Planificación/programación del taller del huerto
? Preparación hojas de registros de datos, seguimiento, evaluación y anexos.
? Recopilación de material: estudio del material adaptado a la zona (peso, dimensiones, etc.).
? Coordinación con los distintos Departamentos específicos para su conocimiento y en garantía de cumplir con los protocolos de seguridad de las instalaciones del hospital.
- Dirección Médica / Dirección y Subdirección de Enfermería: visita de la zona de trabajo y reunión de estudio/explicación del proyecto.
- Servicio de Preventiva y Salud Pública: visita de la zona de trabajo y reunión de análisis de las condiciones para preservar los criterios específicos de prevención en salud pública.
- Servicio de Mantenimiento: indicación de la necesidad de realizar unas mejoras que forman parte de los recursos de adecuación de la zona.
- Servicio de Ingeniería: aproximación de los criterios de material pensados a utilizar en la zona de la terraza seleccionada para el programa cumpliendo las referencias de seguridad. En estudio actualmente.

? Reuniones frecuentes del equipo: seguimiento y evaluación de mejoras e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? Se están gestionando las medidas administrativas y de coordinación necesarias para garantizar el seguimiento del proyecto.
? Se objetiva la implicación del personal en el programa, que defiende beneficios terapeúticos del proyecto hacia la salud mental.
? Se estimula el interés de los pacientes que aportan su compromiso en la actividad hacia su recuperación: encuestas de satisfacción.
? Se están obteniendo resultados positivos en cuanto a los indicadores establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes expresan su motivación con el programa, en el que encuentran una mejor reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituye un objetivo terapéutico en su recuperación; teniendo en cuenta siempre y prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Desde el Equipo, seguimos apostando por el proyecto y por los beneficios que aporta a la unidad, conformando una actividad más implantada como terapia alternativa.

Entendemos que este tipo de programas son menos habituales en el hospital, pero sí tenemos referencias en otros hospitales implantados en los que funcionan sin incidencias y favorablemente. De este modo, hemos incrementado tiempo y esfuerzos en su estudio desde los distintos departamentos del hospital para garantizar la conformidad y cumplimiento de todos los protocolos.
Defendemos la sostenibilidad del proyecto y creemos pertinente la ampliación de un año de prórroga como mejora de calidad para seguir avanzando.

7. OBSERVACIONES.
Durante el transcurso del programa, ha sido necesario hacer una modificación en los colaboradores del proyecto, en contexto de baja laboral de uno de los integrantes e inminente participación en movimiento de traslados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

El nuevo colaborador ya forma parte de la estructura del equipo.
SALE DEL EQUIPO: Julia Pérez Milla
SE INCORPORA AL EQUIPO: MªJesús Albalá Mora

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1218 ========== ***

Nº de registro: 1218

Título
DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

Autores:
CHENLO TOUCEDA SILVIA, MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS, MEDIEL CHUECA ISMAEL, ORTIZ AVILA ANA MARIA, GIMENO GIRAL MARIA PILAR, CORNAO ANDRES ROSA MARINA, PEREZ MILLA JULIA, LAMARCA BLESA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

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

PROBLEMA
En la Unidad de Corta Estancia (UCE) de psiquiatría ingresan personas afectadas por un problema de salud mental con perfil heterogéneo: pueden cursar un primer episodio de la enfermedad, episodios recurrentes, procesos sociales u otros sin alternativas de atención, etc.; presentando un déficit importante en estabilización sintomática, contención y adecuación conductual, cierto grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras y a nivel de interrelación o habilidades sociales.

Actualmente, la UCE constituye una estructura de normativas y características que cumplen objetivos como control/vigilancia/seguridad marcados por modelos asistenciales de salud mental más rígidos. De igual modo, se puede flexibilizar hacia nuevos proyectos en los que los pacientes encuentren una reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituyan un objetivo terapéutico en su recuperación, teniendo en cuenta prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Numerosos hospitales utilizan las plantas como tratamiento complementario, para mejorar el estado físico y mental. Los estudios señalan que la jardinería como terapia alternativa y complementaria a otros procesos terapéuticos, es eficaz para mejorar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental. La exposición a estos entornos artificialmente más naturales, tiene un efecto restaurador en la capacidad del cerebro favoreciendo la recuperación y empoderamiento de las personas; y mejorando en definitiva, la calidad de vida.

Con base a este conocimiento, y aprovechando la singularidad de nuestro hospital con zonas de terraza comunes en nuestra UCE, desde el equipo de Enfermería de Salud Mental consideramos pertinente el crear un pequeño huerto-jardín y mantenerlo como taller en la unidad, proporcionando una alternativa de ocio que así mismo aporta objetivos terapéuticos de recuperación para las personas ingresadas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Reestructuración de las actividades de la unidad ofreciendo otras alternativas terapéuticas.
-Mejoría cognitiva/percepción(auto)/afrontamiento: estado de ánimo, síntomas negativos, comportamientos conflictivos, autoestima, satisfacción y logro, manejo de la frustración, desarrollo de la responsabilidad de tareas asignadas.
-Mejoría física: motricidad fina/gruesa y de la coordinación, estimulación sensorial, adquisición de hábitos, mejorar autonomía.
-Potenciación social: interacción social, pertenencia a un grupo, cohesión de grupo y habilidades sociales.
-Mejorar la relación terapéutica. Aumentar los tiempos de dedicación al paciente, potenciando sus capacidades y fortalezas hacia el proceso de recuperación, y no solo abordando la sintomatología de la enfermedad; apostando por nuevas actividades que mantienen de igual modo la seguridad y aumentan la confianza hacia las personas con enfermedad mental, favoreciendo su empoderamiento y recuperación.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

REUNIONES DE EQUIPO: Se estructura y se coordina la actividad. Se elegirá el mejor horario para la elaboración de taller y actividad. Se seleccionará a las personas ingresadas que podrán participar de acuerdo a los criterios de inclusión.
TALLER de coordinación de tareas, contenidos teóricos: Información de la actividad, objetivos. Estructurar tareas.
ACTIVIDAD: Adecuación de la zona, siembra de plantas y semillas (teniendo en cuenta las necesidades de luz, riego y estación del año). Cuidado diario, fomentando la voluntariedad y compromiso de los pacientes. Se establece un horario para el regado, limpieza y mantenimiento de las jardineras

INDICADORES
-El 70% de los pacientes ingresados realizará el programa
-El 85% de los pacientes que participan en el programa, no realizan abandono
-El 85% de los pacientes que participan en el taller, objetivan mejoría en la recuperación de su proceso patológico
-El 85% de los pacientes que realizan la encuesta de satisfacción, superan las expectativas de la media
-El 90% del personal implicado en el programa, objetiva beneficios terapeúticos del proyecto hacia la salud mental
-Encuesta de satisfacción y evaluación del programa

DURACIÓN
Inicio en el mes de Junio/Julio 2018, y fin en el mes de Mayo 2019
-JUNIO 2018
Trámites administrativos. Obtención de recursos.Recogida de datos de los pacientes y selección grupos.
Planificación del taller del huerto. Preparación encuestas de satisfacción
-JULIO 2018
Inicio del programa: adaptación de la zona y plantación. Sesión teórica semanal y reorganización de tareas.
Mantenimiento diario
-REUNIONES MENSUALES DE EQUIPO: Evaluaciones y análisis de mejoras e incidencias.
-DICIEMBRE 2018/ ENERO 2019: Resumen memoria intermedia.
-MAYO 2019: Recogida de datos. Análisis y evaluación de continuidad. Memoria y evaluación final.

OBSERVACIONES
Se tendrán en cuenta resistencias internas/externas que puedan aparecer: dificultades ante estado clínico de los pacientes que siempre será prioritario, sesgos en la pérdida de datos ante el continuo movimiento de ingresos-altas, etc.

Valoración de otros apartados

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

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