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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2018_0335	F	22/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	PARDOS GARCIA ROSA ANA	2018_0498	F	26/02/2019	CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE	2018_0530	F	24/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP
Z2	AP	CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2018_0961	F	25/02/2019	INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ISAC ARRONDO MARTA EUGENIA	2016_1270	S1	16/02/2018	TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	14/02/2018	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GUTIERREZ BLASCO JAVIER	2018_0810	F	04/03/2019	VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA	2016_0332	S1	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2018_0814	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	S1	28/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	S1	28/02/2019	POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	COMPAIRED ARAGÜES VICENTE	2016_1289	S1	15/02/2018	REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	GRIMAL ALIACAR FERNANDO	2016_0380	S1	11/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2016_0570	F	08/02/2018	UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	MURO CULEBRAS MARIA	2018_0307	F	05/03/2019	RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	TOMEO MUÑOZ RUTH	2018_0453	F	22/02/2019	CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2018_0877	F	24/02/2019	IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	BONA GARCIA JAIME	2018_0891	F	13/02/2019	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MUSEROS SOS DOLORES	2018_0058	F	25/02/2019	BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2018_0610	S1	28/01/2019	FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ANDRES AGORRETA PATRICIA	2018_0687	F	29/01/2019	MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	FRAILE MUÑOZ ALBA	2018_0702	S0	26/02/2019	ANDARINAS Y FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2018_0830	F	24/02/2019	REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	CHUECA RODRIGUEZ CARMEN	2016_0512	S1	22/02/2018	GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS REBOLERIA ADMISION Y DOCUMENTACION	CUBERO PABLO MANUEL	2018_0634	S1	19/02/2019	INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S1	09/02/2018	MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2018_0624	S1	14/02/2019	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS REBOLERIA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	MALLADA VIANA MARIA PILAR	2018_0651	F	07/02/2019	ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA
Z2	AP	CS REBOLERIA SALUD BUCODENTAL	RODRIGUEZ GARCIA ANASTASIA FELISA	2018_1479	F	24/02/2019	PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	S1	08/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	SAZ GONZAGA ANGEL	2018_0768	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	REQUENO JARABO MARIA NURIA	2018_1004	S1	28/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	2018_0550	F	15/02/2019	LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/01/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/01/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	12/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	20/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	26/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PALACIO LAPUENTE JESUS	2018_0724	F	13/02/2019	PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	CABEZA GUILLEN MARIA ELENA	2018_1037	S1	06/03/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/01/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/01/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	26/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	S1	29/12/2017	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO	2018_0600	F	27/02/2019	BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2018_1342	F	22/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	LALANA JOSA MARIA PILAR	2018_1304	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL	2018_0194	S1	13/02/2019	TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	S1	01/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							EAP SAN JOSE NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	F	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	GASCON GASPAR JOSE LUIS	2018_1310	F	27/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	F	10/01/2019	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	F	30/01/2019	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE TRABAJO SOCIAL	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2018_0012	F	14/02/2019	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ARRIETA HIGUERAS ELENA	2018_1143	F	13/03/2019	HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2018_1234	F	04/03/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2016_1567	S1	26/01/2018	CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO	MAZA INVERNON ANA CRISTINA	2018_0771	F	25/02/2019	MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS
Z2	AP	CS SAN PABLO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SAGASTE ROMEO TERESA	2018_0427	F	13/02/2019	GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S1	07/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2018_1277	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	GARCIA LANZON CELESTE	2018_0962	S1	25/02/2019	PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	APARICIO JUEZ SARAY	2018_1091	F	11/02/2019	REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2018_1352	S1	27/02/2019	ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	MARCO IBAÑEZ ALMUDENA	2018_0158	S1	26/02/2019	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA	2018_0709	S1	25/02/2019	PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2018_0818	F	07/03/2019	INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2018_0363	F	30/01/2019	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2018_0718	S1	25/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	F	06/02/2019	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	F	26/02/2019	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VENECIA	NUÑEZ ALONSO ESTHER	2016_1412	S1	19/01/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2016_1486	S1	02/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2018_0949	F	27/02/2019	INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2018_0691	F	15/02/2019	PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	DE RODRIGO GARCIA MARIA	2018_0738	S1	13/03/2019	GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	MILAGROS				CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2016_1719	S1	12/03/2018	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1719	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	S1	13/02/2019	PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	LAIN MIRANDA MARIA ELENA	2018_0793	F	14/03/2019	MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADA BELEN	2018_1034	F	12/03/2019	PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	ESAD ZARAGOZA 2	ANDREU GRACIA SERGIO F	2018_0679	F	14/02/2019	FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES MARIA PILAR	2016_0058	F	17/02/2019	MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES PILAR	2016_0058	F	16/01/2018	MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	F	27/02/2019	REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	14/02/2019	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	13/02/2019	ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	TORO NUÑEZ MAXIMILIANO	2018_0844	F	06/03/2019	INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2018_0845	S1	13/02/2019	PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA	2018_0858	S1	18/02/2019	PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	GALLEGO LIGORIT LUCIA	2018_0873	S1	04/02/2019	SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO	2018_0900	S1	26/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTIN ESCUIN SOLEDAD	2018_1364	S1	05/03/2019	USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2018_1250	S2	04/02/2019	MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	HERRANDO MEDRANO MONICA	2018_1281	S1	12/02/2019	MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2018_0255	S1	21/02/2019	IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR	2018_0258	S1	12/03/2019	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	S8	27/02/2019	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2018_0482	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	20/02/2018	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	QUILEZ FRAJ ELISA	2018_0543	F	30/01/2019	MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2018_1278	F	05/03/2019	EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2018_1279	F	11/03/2019	INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MARCEN MIRAVETE ANA	2018_0151	S1	04/02/2019	MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2018_0780	S1	20/01/2019	FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	S1	30/01/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	S2	23/02/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	F	24/02/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PEREZ GUERRERO AINHOA	2018_1141	S1	17/02/2019	PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	ORTAS NADAL ROSARIO	2018_1208	S2	25/02/2019	PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2018_1313	S1	25/01/2019	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2018_1411	S1	28/02/2019	PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2018_1411	S2	11/03/2019	PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	S0	25/02/2019	PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA	2018_1167	F	28/12/2018	TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SERRADILLA MARTIN MARIO	2018_1284	S1	18/02/2019	GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1392	S1	11/02/2019	HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1393	S1	11/02/2019	CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSITCO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S2	11/02/2019	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	23/03/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	25/02/2019	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2018_0871	S0	13/03/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1100	S1	28/02/2019	OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ANGULO TABERNERO MARINA	2018_1107	F	18/02/2019	EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2018_1502	F	18/03/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA,CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	FERNANDEZ ATUAN RAFAEL	2018_0239	S1	08/02/2019	FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	CORONA BELLOSTAS CAROLINA	2018_0569	S1	19/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2018_0789	S1	20/02/2019	EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S1	19/02/2018	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2018_0803	S1	13/02/2019	UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET COMISION DE DOCENCIA	BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL	2018_1047	F	04/02/2019	CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	MORALES CALLAGHAN ANA MARIA	2018_1264	F	21/02/2019	PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	GILABERTE CALZADA YOLANDA	2018_1290	F	25/02/2019	IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S1	20/02/2018	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BAJADOR ANDREU EDUARDO	2018_1219	F	12/03/2019	ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0120	S1	17/01/2019	GESTION CLINICA DEL RAQUIS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	F	21/12/2018	PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0135	S1	20/01/2019	RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ACHA PEREZ JAVIER	2018_1211	F	08/02/2019	ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ PARIS ALEJANDRO	2018_1334	F	21/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRITICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ESTERILIZACION	CAÑADA ASENSIO VANESA	2018_0785	F	04/02/2019	FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	MERCHANTE ANDREU MIRIAM	2018_1551	S1	19/02/2019	MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2018_1118	S1	12/03/2019	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RUIZ MARISCAL MARTA	2018_1192	S2	26/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2018_1202	S2	26/02/2019	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	DE VAL LAFAJA ALODIA	2018_1267	S1	23/02/2019	ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR	2018_1295	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	CALVO VILLAS JOSE MANUEL	2018_1378	F	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2018_1442	S1	26/02/2019	HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	GURPEGUI PUENTE MARTA	2018_0458	S2	06/03/2019	PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2018_0459	S2	06/03/2019	PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	GUTIERREZ IBAÑES PABLO	2018_1487	S1	27/02/2019	PROCESO ASISTENCIAL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S1	18/02/2018	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	FIGUERAS VILLALBA PILAR	2018_1172	S1	15/02/2019	OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	ARAZO GARCES PIEDAD	2018_1261	F	26/02/2019	OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	ABOS OLIVARES DOLORES	2018_1027	S1	08/02/2019	NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS	2016_0891	S1	22/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	S1	15/02/2018	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2018_1045	F	11/03/2019	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	F	08/03/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	F	12/03/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2018_1233	F	28/02/2019	IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2018_1265	S2	27/02/2019	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI TERESA	2018_1270	F	07/03/2019	PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOTOR LAZARO MARIA ANGELES	2018_1476	S1	12/03/2019	PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTAVIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ	2018_1070	S2	02/03/2019	DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	NOVO GONZALEZ BEATRIZ	2018_1206	S1	26/02/2019	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0876	F	21/02/2019	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2018_0487	F	07/02/2019	CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_1431	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARTAL ROY JORGE	2018_1242	F	11/02/2019	OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	TEJADA MEZA HERBERT	2018_1257	F	04/02/2019	PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BAQUEDANO MAINAR LAURA	2018_0015	F	12/02/2019	INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2018_0223	F	19/02/2019	CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2018_0497	S1	01/02/2019	PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TAJADA CEPERO PILAR DARIA	2018_0762	S2	07/03/2019	OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA	2018_1011	S2	11/03/2019	ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2018_1083	F	18/02/2019	ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	LOPEZ VALVERDE GLORIA	2018_0736	F	07/02/2019	PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2018_0878	F	14/02/2019	CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2016_1429	S1	29/04/2018	IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ANTON TORRES ANTONIO	2016_1430	S1	29/04/2018	UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2018_0796	F	18/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONESPOSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	SEVIL NAVARRO JORGE	2018_0811	F	04/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2018_0887	F	01/02/2019	REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FRAILE RODRIGO JESUS JOSE	2018_0920	F	18/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	VICENTE GONZALEZ EUGENIO	2018_0947	F	13/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	07/02/2018	CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	S1	06/02/2018	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	S1	05/02/2018	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	S1	07/02/2018	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PEDIATRIA					CARDIOPULMONAR NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MADURGA REVILLA PAULA	2018_1068	S1	28/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2018_1176	S1	11/02/2019	DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2018_1356	S1	09/02/2019	DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	LARENA FERNANDEZ ISRAEL	2018_1445	F	18/02/2019	ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	CAMPO SANZ MATILDE	2018_1410	S2	30/01/2019	PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PASCUAL GARCIA ASUNCION	2016_1436	S1	01/01/2018	ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	S2	19/04/2018	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DE JUAN LADRON YOLANDA	2018_0136	F	28/01/2019	PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2018_0153	F	28/01/2019	ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2018_0189	F	14/01/2019	EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO CARMEN	2018_0382	F	23/02/2019	PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DOMPER TORNIL JAIME	2018_1111	S1	28/02/2019	SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2018_0219	S1	06/02/2019	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	VILLA GAZULLA DAVID	2018_0249	F	13/02/2019	ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	13/03/2019	ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCES CARDOS MARIA TERESA	2018_0209	F	25/02/2019	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	PEZONADA UTRILLA MARIA ELVIRA	2018_0955	S0	28/02/2019	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCIA GALAN MARIA JOSE	2018_1496	S1	27/02/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2018_0216	F	08/02/2019	ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2018_0217	F	08/02/2019	DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	S1	28/02/2019	ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	2018_0148	F	28/01/2019	REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA	2018_1387	F	13/03/2019	REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E

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

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	HERRER CASTEJON ANA	2018_1303	F	27/02/2019	PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	PARRILLA HERRANZ PEDRO	2018_1314	F	09/02/2019	DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	S1	14/02/2018	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S1	20/02/2018	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
CAPABLO MAÑAS BELEN
MAZA RODRIGUEZ RUTH
RAMON ARBUES ENRIQUE
SOLSONA MARTINEZ PILAR
SANCHEZ GALAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de Abril iniciamos unas reuniones todos los participantes del proyecto de calidad para hacer una valoración previa de la situación del estado en el que se encuentran los carros de paradas y maletines de urgencias tanto del C.S de Belchite como del C.S de Azuara encontrando como principales problemas que los carros de paradas con los que contamos son muy pequeños y no llevan cajones para poder distribuir el material de manera adecuada puesto que son carros de curas y que parte del material que tenemos está obsoleto, viejo y estropeado como es el caso de los ambús y mascarillas faciales además de material importante que falta como son mascarillas laríngeas y guedels de distinta numeración . Otros problemas serán caducidades o falta de reposición de lo gastado .
Para abordar estos problemas, aunque había unos registros previos, decidimos crear unos listados de Excell más completos con todo el material y medicaciones necesarias y unas hojas de incidencias que nos permitieran realizar un control con periocidad mensual.
Fijamos un calendario de trabajo y distribución de tareas que incluía:
-Información a los profesionales del equipo del programa de calidad.
-Realización de una sesión formativa a todo el EAP sobre uso del material de soporte respiratorio urgente centrado en el uso de mascarilla laríngea.
-Cumplimiento y registro mensual tanto del listado Excell como de las hojas de incidencias.
-Establecimiento de unos indicadores:
Realización de un curso de formación sobre carro de paradas y svb.
Actualización del material del carro de paradas y maletín de urgencias.
Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados.
Número de incidencias solucionadas/ Número de incidencias registradas.
-Realización de otra reunión en Octubre para valorar incidencias y proponer líneas de mejora para los problemas que surjan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cada participante del proyecto, usando como fuente de información y con una periodicidad mensual los listados de Excell creados de material y medicación para carro y maletín de urgencias recogemos las siguientes incidencias:
A. Generales:
Caducidades de material y medicación
Falta de reposición del material por parte del personal del centro tras el uso del maletín o el carro
Falta de reposición del material por no haber en stock o no realizar pedidos.
B. Específicas:
Carros de paradas tanto de Azuara como de Belchite pequeños e inadecuados ya que son carros de curas, no de paradas.
Material obsoleto en carros y maletines principalmente ambús tanto de adultos como pediátricos así como sus mascarillas faciales.
Falta de material básico de soporte ventilatorio actualizado como son las mascarillas laríngeas .
Falta de equipo de intubación en maletín de urgencias de Belchite.
En base a los indicadores establecidos y junto con el análisis exhaustivo de todas las incidencias surgidas podemos valorar los resultados alcanzados:
- Numero de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados:24 registros realizados/ 24 registros planificados (100% cumplimiento)
- Número de incidencias solucionadas/ Número de incidencias registradas:108 solucionadas/127 no solucionadas (85% solucionadas)
- Asistencia a cursos de svb y carro de paradas: Si
- Actualización del material de los carros de paradas y maletines de urgencia: Si

Los resultados son muy satisfactorios puesto que hay un cumplimiento muy alto de los indicadores establecidos ya que se resuelven la mayoría de las incidencias surgidas.
Se renueva bastante material, consiguiendo actualizar todos los ambús, pediátricos y de adultos con sus mascarillas faciales correspondientes tanto para los carros como para los maletines del C.S de Azuara y Belchite.
Se consiguen mascarillas laríngeas para intubación y guedels de diversos números. También se pone en práctica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

este nuevo material mediante una sesión formativa sobre el uso de la vía aérea y mascarilla laríngea impartida por Patricia Sanchez Galán.
Se asiste al curso impartido por el sector II : " Taller de circuito de activación del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestión del carro de paradas"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de evaluar nuestro proyecto y las actividades realizadas por el equipo de mejora podemos concluir que nos hemos ajustado bastante a los objetivos marcados en un principio ya que se ha conseguido aumentar el conocimiento, actualización y control por parte de los profesionales del equipo del carro y maletín de urgencias lo que supone mejorar la atención sanitaria hacia los usuarios en caso de una situación de urgencia que es el fin principal de nuestro programa de calidad.
No hemos podido conseguir los carros de parada. Se solicitaron personalmente a la Subdirección de Enfermería; lamentablemente por falta de recursos económicos no ha sido posible su compra, pero es uno de los materiales priorizados para su adquisición en cuanto sea posible.

Al finalizar este proyecto nos hemos dado cuenta de la necesidad de implicar a todo el personal del equipo de Atención Primaria en el control del material del carro de paradas y maletín de urgencias por ello, hemos transmitido esta necesidad al coordinador médico. En este momento está pendiente el establecimiento de un sistema para participación de todo el equipo en estas tareas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/335 ========== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, CAPABLO MAÑAS BELEN, MAZA RODRIGUEZ RUTH, RAMON ARBUES ENRIQUE, SOLSONA MARTINEZ PILAR, SANCHEZ GALAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

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

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

PROBLEMA
Tanto el carro de paradas como el maletín de urgencias son dos puntos claves imprescindibles para los profesionales sanitarios en situaciones de urgencias que hay que saber manejar de manera rápida y efectiva para garantizar una atención urgente de calidad que reduzca la variabilidad clínica y permita la seguridad de los pacientes. En un proyecto previo/ análisis (del año pasado) se observó en nuestro centro de salud que ni el carro de paradas ni el maletín de urgencias eran los adecuados para ofrecer una rápida actuación en caso de necesidad puesto que eran muy pequeños y no permitían una colocación visible de fármacos y del material además de contar con mucho material obsoleto . Problema que quedó en parte resuelto con el maletín de urgencias pero no en el caso del el carro de paradas, de ahí que consideremos importante iniciar este nuevo proyecto de calidad sobre los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aumentar el conocimiento y control por parte de los profesionales sanitarios del uso del carro y maletín de urgencias para poder brindar una atención más rápida y segura en situaciones de urgencia
2. Actualización del carro de paradas y maletín de urgencias
3. Control del carro de paradas y del maletín de urgencias.
4.. Mejorar la calidad de la atención a los usuarios en situaciones de urgencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

MÉTODO
1-Información a los profesionales del equipo del proyecto
2- Formación en atención urgente y carro de paradas
3-Aplicación práctica de la formación sobre del material de urgencias y carro de parada
4. Actualización del material en el C.S Belchite y en PAC de Azuara
5. Creación y cumplimentación de registros para la revisión periódica del maletín de urgencias y carro de paradas en el C. S Belchite y Azuara
6. Creación y cumplimentación registro de indicencias

INDICADORES
-Asistencia a cursos de SVB, carro de paradas. Objetivo realización por al menos un componente del grupo de un curso de SVB y carro de paradas
-Actualización del material del carro de paradas y maletin de urgencias. Objetivo SI
-Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados Objetivo 100%
-Número de incidencias solucionadas/Número de incidencias registradas. Objetivo 80%

DURACIÓN
Abril-Mayo : Reunión con el equipo para difusión y distribución de responsabilidades y puesta en marcha del proyecto.
Mayo-Junio: Formación, realización de cursos SVB, carro paradas...
Junio-septiembre: Actulización del carro y maletín
Cumplimiento de registros
Octubre: Reunión para valorar incidencias y proponer nuevas líneas de mejora para ello.
Diciembre: Evaluación y memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA ANA PARDOS GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO MARTINEZ AMPARO
CAPABLO MAÑAS BELEN
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
MARTINEZ VIÑUALES LORENA
MAZA RODRIGUEZ RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La responsable del proyecto asistió al Curso de formación para la implementación de consultas específicas de deshabituación del tabaco en atención primaria, en mayo de 2018, organizado por el SALUD, y acreditado con 20h lectivas. Esta formación sirvió de base para la elaboración de una sesión que fue impartida en el CS Campo de Belchite a todo el personal médico y de enfermería del equipo.
Se presentó el proyecto de calidad al equipo haciendo especial hincapié en la importancia del adecuado registro del tabaquismo y nuestras intervenciones en la historia clínica.

Desde mayo hasta diciembre de 2018, los miembros del equipo de mejora, fueron preguntando a los pacientes que acudían a consulta por otros motivos, sobre sus hábitos tóxicos, entre ellos el consumo de tabaco. En caso de que reconocieran ser fumadores y ese dato no estuviera adecuadamente registrado, se creaba el episodio de dependencia al tabaco.
Los pacientes fumadores, volvían a ser interrogados por sus hábitos y por su interés en abandonar el hábito. En función de su motivación se realizaba una intervención breve o intensiva.

Como intervención breve, se ofrecía un material informativo en papel y la disposición del personal sanitario para ayudarles en el abandono del tabaco cuando se encontraran más preparados.
En la intervención intensiva, se iniciaba un seguimiento personalizado. En primer lugar, pactando una fecha para abandonar el tabaco y decidiendo el tratamiento farmacológico más apropiado en cada caso. Posteriormente, se contactaba con el paciente, bien en consulta o telefónicamente, a los 3 días, 15 días, 30 días y 60 días, tras el inicio del tratamiento.

Se han utilizado los materiales de trabajo que facilita la página web del Ministerio de Sanidad y la semFYC, así como un cooxímetro para la determinación de CO_2 espirado.

Se han realización espirometrías a algunos de los fumadores de 40 años captados. Sin embargo, hemos encontrado dificultades a la hora de plantear esta prueba diagnóstica, pues muchos de los pacientes debían desplazarse de sus lugares de residencia para ello, al no disponer de dispositivos en los consultorios locales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Frecuencia de registro del tabaquismo en la historia clínica de AP:
Con el fin de medir la frecuencia de registro del tabaquismo en la historia clínica, se revisaron en OMI el total de pacientes mayores de 15 años que habían acudido a las consultas de AP del CS Campo de Belchite por cualquier motivo, desde 1 mayo de 2018 hasta 31 diciembre de 2018. Un total de 2572 pacientes.

Se revisó si habían sido preguntados sobre hábitos tóxicos, entre ellos el tabaco. 1378 pacientes, sí habían sido interrogados, lo que supone una media en la frecuencia de registro del equipo del 54%.
De los 7 cupos de atención primaria revisados, hay que destacar la gran variabilidad entre los resultados alcanzados en las consultas donde trabajó el personal implicado en el proyecto (90,7; 82,7%; 80,2%; 66,5%) frente a los del resto de profesionales del EAP, (56,5%; 27% y 24,3% de registro de hábitos tóxicos.)

El número de fumadores que se detectó fue de 329. Un 24% de la población mayor de 15 años preguntada, lo que coincide con los estudios publicados por la Encuesta Europea de Salud en España para Aragón.

Deseo de abandono del tabaco en AP:
El número de fumadores a los que se les ha realizado una intervención breve ha sido de 183 y 13 han aceptado una intervención intensiva. Es decir, a un 60% del total de fumadores detectados se les realiza algun tipo de intervención.
Sólo un 7% de los fumadores aceptan una intervención intensva.
De los que se han sometido a tratamiento, 11 han permanecido sin fumar a los 60 días, lo que supone un 85%
Diagnóstico de EPOC en fumadores:
No hemos valorado los resultados relativos a la última fase del proyecto de calidad debido a que el número de espirometrías realizadas ha sido muy inferior al desable para poder hacer una evaluación fiable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Los resultados son mucho mejores en aquellos cupos en los que los profesionales están directamente implicados con el proyecto. El registro de la información es más completo y el paciente está mejor atendido. Hemos observado que hay pacientes a los que se les pregunta por su hábito pero no se les hace ningun tipo de intervención, ni siquiera breve. Y es una oportunidad que, como profesionales de la sanidad, no debemos dejar pasar.
Cuando se le pregunta al fumador por el deseo de abandonar su hábito, nos encontramos con pacientes muy receptivos, que buscan ayuda.
La espirometría es una prueba muy valiosa pero que está infrautilizada. En el medio rural, las dificultades de desplazamiento de nuestros pacientes a los centros de salud limitan en muchas ocasiones su uso. Y en otras, somos los propios sanitarios los que no recurrimos a ella.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/498 ========== ***

Nº de registro: 0498

Título
CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
PARDOS GARCIA ROSA ANA, BELLO MARTINEZ AMPARO, CAPABLO MAÑAS BELEN, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, MARTINEZ VIÑUELAS LORENA, MAZA RODRIGUEZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

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
El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España. Según la encuesta europea de Salud en España de 2014, en Aragón, un 23,9% de la población mayor de 16 años fuma a diario y un 2,5% se declara fumador ocasional y un 19,4% son ex-fumadores. Aragón ocupa el cuarto lugar entre las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de consumidores diarios.
En la actualidad, la tasa registrada de dependencia al tabaco en el Centro de Salud Campo de Belchite es del 11,5 % de la población total, cifra muy inferior a los datos de prevalencia de tabaquismo conocidos en nuestro medio.
Por lo tanto, se hace necesario un correcto registro de esta población, así como un programa específico de deshabituación tabáquica intensiva con el fin de disminuir el número de fumadores y prevenir futuras enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS
Identificación y correcto registro de los fumadores de nuestra zona de salud.
Intervención breve o avanzada (según el grado de motivación de los fumadores) con el fin de disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco.
Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC mediante la realización de espirometrías en pacientes fumadores mayores de 40 años.

MÉTODO
La captación de los pacientes con dependencia tabáquica se realizará tanto por el personal médico como de enfermería en las consultas habituales de atención primaria y atención continuada.
Tras el consiguiente registro e inclusión en el protocolo 319 de cartera de servicios (CIAP P17) se valorará el grado de motivación con el test de Richmond y se procederá a la intervención breve o intensiva según el caso.
Previamente se habrá realizado una formación de los profesionales que van a participar en el proyecto y la difusión activa del proyecto entre todos los miembros del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Los pacientes interesados en llevar a cabo una intervención intensiva, dejarán sus datos y serán contactados telefónicamente para pactar la fecha de las diferentes sesiones de seguimiento en cada caso (tres días, dos semanas y un mes tras la fecha pactada del cese del consumo de tabaco). Posteriormente se realizará un seguimiento telefónico.
A los fumadores mayores de 40 años captados, se les sugerirá la realización de una espirometría para el despistaje de EPOC.

INDICADORES
Frecuencia de registro del hábito tabáquico en la historia clínica en AP:
Población >15 años a las que se les ha preguntado por consumo de tabaco/población >15 años atendida en consulta >15 años (60%)
Número de fumadores >15 años/ personas >15 años a las que se les ha preguntado sobre consumo tabaco (20%)
Intervención breve/fumadores incluidos en el programa(100%)
Deseo de abandono del hábito tabáquico en AP:
Intervención intensiva/ fumadores incluidas en el programa(30%)
Pacientes que dejan de fumar/ fumadores incluidas en el programa (30%)
Diagnóstico de EPOC en fumadores:
Diagnósticos de EPOC en espirometrías de mayores de 40 años/total de espirometrías realizadas en pacientes incluidos en el programa (10%)

DURACIÓN
En el mes de mayo tendra lugar la formación de los profesionales y la presentación del proyecto al equipo. Durante los meses de mayo a diciembre se realizará el proceso de captación e intervención. Se realizarán reuniones de revisión y puesta en común en junio, septiembre y noviembre . En el mes de diciembre se analizarán 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 - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RODRIGUEZ RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO VERA JOSE JUAN
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RAMON ARBUES ENRIQUE
SANCHEZ GALAN PATRICIA
SOLSONA MARTINEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Febrero de 2018 pasamos una encuesta anónima a todos los profesionales con objeto de saber su opinión y que temas les parecerían mas adecuados de cara a realizar sesiones y /o talleres formativos.
Las sesiones-talleres se han repartido a lo largo de todo el año 2018 y han tratado los temas médicos urgentes mas demandados por el equipo.
Sesiones-talleres impartidas:
- “Manejo de urgencias respiratorias pediátricas” impartida por José Juan Calvo el dia 10 de Septiembre de 2018.
-”Manejo urgente de la vía aérea” impartida por Patricia Sánchez el 14 de Septiembre de 2018.
- “Manejo funcional del esguince de tobillo no complicado” impartida por Enrique Ramon el día 8 de Octubre de 2018.
-. “Síndrome coronario agudo. Código infarto en Aragon” impartida por Mª José Rodriguez el 3 de septiembre de 2018.
- “Urgencias pediátricas. Casos clínicos” impartida por Jose juan Calvo el dia 29 de Octubre de 2018.
- “RCP básica y desfibrilador” impartida por MªJosé Rodriguez y Patricia Sanchez el día 12 de Noviembre de 2018.
- “Atención inicial al trauma grave” impartida por Patricia Sanchez el 17 de Diciembre de 2018.
Las sesiones han sido en muchos casos de carácter practico, nos hemos ayudado de diferentes materiales (maniquies, simuladores, mascarillas de intubacion, vendajes tipo tape...).
Todas las sesiones han sido englobadas en un programa formativo llamado “Actualización en competencias de utilidad en Atención Primaria” acreditado por la Comisión De Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon.
Previo a este programa las salas tenían unos tablones con material obsoleto, desorganizado, en algún caso el tablón estaba oculto por un biombo que impedía ver o consultar un dato. En Octubre se ha revisado y actualizado la información y protocolos disponible en las consultas de urgencias del PAC de Azuara, a cargo de Enrique Ramon, Pilar Solsona y Patricia Sanchez, y la de Belchite, a cargo de Mª Jose Rodriguez y Elena Muñoz.
Se han puesto carteles de las patologías mas demandadas por los profesionales actualizados, visibles, claros. En concreto hemos colocado anafilaxia, codigo infarto, edema agudo de pulmon,hipoglucemia, crisis hipertensiva crisis asmatica y intoxicaciones agudas.
Hemos elaborado un archivo-carpeta con los protocolos o directrices mas actualizadas del resto de temas medicos mas frecuentes, con objeto de que sirva al personal que esta de guardia y pueda ser llevado para una asistencia urgente en domicilio. Se ha dejado un archivo en cada sala de urgencias y se ha informado a todos los profesionales de su existencia en la sesion realizada el dia 12 de Noviembre.
En Enero de 2019 se les ha pasado otra encuesta final a todos con objeto de conocer su satisfacción con el programa y los puntos a mejorar.
Ambas encuestas han sido creadas a través de un formulario google por Enrique Ramón, quien también las ha difundido vía email a todos los trabajadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La encuesta inicial fue respondida por el 60% de los trabajadores.
El 50% respondió que había atendido entre 1-3 urgencias vitales/profesional, siendo las causas mas frecuentes las cardiovasculares (60%) seguidas en la misma proporción por urgencias respiratorias y accidentes de trafico (30%).
El 80% de los encuestados reconocía que si hubiera tenido mejor formación o mas actualizada podría haber mejorado su asistencia en esos casos.
Nos hicieron una demanda de los temas que mas les preocupaban que fueron: vendajes funcionales, fármacos, Shock, EPOC reagudizado, urgencias pediátricas, politrauma y accidentes de trafico, reanimación cardiopulmonar, infarto.....
El 54,5% demandaba mejor material para la asistencia urgente sobretodo se demanda un electrocardiógrafo portátil.
El 90% quería formación y apoyo en la consulta con material de consulta.
La asistencia a los talleres fue mayoritaria, con una media de 17 participantes en cada sesión (80%) (de un total de 21 trabajadores).
La encuesta final fue respondida por el 50% de los trabajadores.
Las urgencias vitales atendidas este año han sido entre 1-3 y mas de 3 /profesional en algún caso. El 90% siguen predominando de origen cardiovascular.
El 100% de los encuestados manifiesta que la formación recibida con las sesiones le ha ayudado en su trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

este año, estando el 63,6% satisfechos con este programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de reunirnos el equipo de mejora de este programa llegamos a la conclusión de que el programa ha sido positivo, hemos conseguido los objetivos planteados al inicio y los trabajadores han participado activamente en lo que hemos propuesto. Las salas de urgencias están mas organizadas y los protocolos mas visibles.
Como dato negativo destacar que durante el año 2018 ha habido bajas de compañeros que no han sido sustituidas, cambios de personal por traslados y jubilación, motivo que hace que al hacer la encuesta final sean otros los trabajadores y no hayan respondido la encuesta porque el programa estaba iniciado.
Ha quedado pendiente una taller de electros que ha sido demandado en la encuesta final pero creemos que se puede realizar sin problema como una sesión formativa de equipo y que este programa se puede cerrar.
También se ha demandado un Electrocardiógrafo portátil, de lo cual hemos informado a nuestro coordinador para ver que se puede hacer.
Seria interesante repetir parte de estos talleres cada 3-5 años puesto que la medicina cambia, avanza y hay que reciclarse para una mejor asistencia a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/530 ========== ***

Nº de registro: 0530

Título
MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Autores:
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RAMON ARBUES ENRIQUE, SANCHEZ GALAN PATRICIA, SOLSONA MARTINEZ PILAR, CALVO VERA JOSE JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

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

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

PROBLEMA
Las situaciones de Urgencia pueden producirse en cualquier lugar y a cualquier hora. Por ello, los Centros de Salud del Sistema Aragonés de Salud, tanto en su horario de atención al público como en horario de atención continuada, deben estar preparados para actuar de forma coordinada y eficaz ante estos casos.
En el caso del C.S Campo de Belchite, el número de casos verdaderamente urgente es menor que en otros centros de salud, pero no por eso menos importante, por lo que se hace necesario actualizar los protocolos existentes en la sala de urgencias y informar de esos cambios al resto del equipo.
Actualmente la sala de urgencias presenta un gran tablón con información muy antigua, hojas desordenadas… difíciles de usar en caso de buscar información.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es mejorar la atención al paciente en situación de urgencia en la zona del C,S Campo de Belchite.
Los objetivos secundarios son:

- Reforzar y actualizar conocimientos sobre diferentes tipos de urgencias protocolizando esas actuaciones y consensuando las acciones
- establecer un sistema de sesiones clínicas de formación y/o refuerzo de los contenidos
- mejorar la accesibilidad a información escrita que por su carácter más complejo (dosis, teléfonos, escalas..) requiere ser consultada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Pasaremos una encuesta a los miembros del EAP con varias preguntas sencillas sobre la atención a urgencias que han realizado en el último año y pasaremos esa misma encuesta cuando termine el proyecto (estableciendo un periodo aproximado de un año) para evaluar los cambios.

Revisaremos los tablones de las salas de urgencias de PAC de Azuara y de Belchite y cambiaremos los protocolos actuales por lo que se dicte en las últimas guías de diferentes patologías. Dejaremos ordenado todo, de forma clara, visible y separando la atención pediátrica de la adulta. Haremos constar un pequeño listín telefónico con los números más frecuentes que podemos necesitar en una urgencia en nuestra zona.

En la mesa ordenaremos el archivo y dejaremos por escrito recomendaciones para patologías menos frecuentes que sean claras a la hora de consultarlas.

Según la patología mas prevalente y después de revisar las ultimas guías propondremos al equipo unas sesiones clínicas de formación, teóricas y si se puede practicas (con casos clínicos, maniquíes…).
El número de sesiones está por determinar en función de los contenidos, el tiempo disponible y el horario que permita acudir al mayor número de personas interesadas.

INDICADORES
Mediremos los resultados en:
- nº absoluto de urgencias reales atendidas el ultimo año

- nº absoluto de urgencias reales atendidas en el año en curso (2018)

- alcanzar al 90% de profesionales del EAP en cuanto a formación

- mejorar en al menos un 30% la asistencia a pacientes según la percepción subjetiva de los profesionales tanto a nivel personal como de localización de información para consultar

DURACIÓN
Mayo- Junio 2018 – poner en marcha encuesta (Quique, María José y Elena)
Julio-Agosto-Septiembre 2018–revisar últimas guías, organizar los tablones de la sala de urgencias. (Patricia, Pilar y Quique en Azuara, Maria Jose y Elena en Belchite. José Juan se encarga de Pediatria en ambos casos)
Octubre- Noviembre 2018–sesiones clínicas (José Juan, Patricia, María José, Quique)
Diciembre 2018 – pasar de nuevo la encuesta y análisis de los resultados. (Quique, María José y Elena)

OBSERVACIONES
Si durante el desarrollo observamos alguna oportunidad de mejora en la misma línea que este proyecto la llevaremos a cabo.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

Fecha de entrada: 25/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALINDE HERRERO MARTIN
FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION
DIEZ ZAERA OLGA
BOZAL LAHOZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1.En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Jose Mª Gargallo Lamolda como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2.El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3.Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, que ha consistido en un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4.En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo fecha 21 de junio de 2018
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
José Mª Gargallo impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 14 de noviembre a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es José Mª Gargallo Lamolda, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
El día 14 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100 % del equipo.
Resultado 2018: 100%
Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Casablanca el indicador seleccionado fue:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 1,5%
Este resultado muestra un descenso 0,8 puntos por debajo del objetivo marcado, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/961 ========== ***

Nº de registro: 0961

Título
INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

Autores:
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA, LALINDE HERREO MARTIN, FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION, DIEZ ZAERA OLGA, CELLA LANAU JORGE, BOZAL LAHOZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

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

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

PROBLEMA
TRAS EL ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CASABLANCA, INTENTAR MEJORAR LA PRESCRIPCIDE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

CEFALOSPORINAS EDE 3ª GENERACION CON RESPECTO A LA PRESCRIPCION TOTAL DE AB. PUES EN LOS 3 ULTIMOS AÑOS SE HAN REGISTRADO VALORES SUPERIORES A LA MEDIA DEL SECTOR.

RESULTADOS ESPERADOS
los antibióticos son recursos limitados y hemos de presrvar su utilización, sensibilizar a los profesionales del equipo de AP.
aCTUALIZAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE RESISTENCIAS MICROBIANAS .

MÉTODO
1 DESIGNAMOS UNA PERSONA RESPONSABLE, que asistió a la jornada autonómica sobre estrategia
realizaremos 2 jsesiones al año formativas sobre ab terapia e infecciones

INDICADORES
consumo de cef. 3ª generacion, respecto al total de ab usados

DURACIÓN
a

OBSERVACIONES
a

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA EUGENIA ISAC ARRONDO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURRO DAL ADORACION
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar hay que explicar que este proyecto se viene realizando desde hace cuatro cursos escolares, a raíz de la demanda de un Instituto de Educación Secundaria de la zona, por lo que el cronograma de actividades de esta memoria ya es el resultado de las modificaciones que se percibieron como necesarias en años anteriores. No ha habido discrepancias con lo programado.
Se ha coordinado entre los profesionales del Centro de Salud que aparecen en esta memoria y un profesor del IES (departamento de Biología) que sirve de enlace tanto con los tutores de los respectivos grupos como con el equipo directivo de dicho centro educativo.
El proceso comienzó en Marzo con reuniones del equipo de trabajo del Centro con el fin de modificar la encuesta previa sobre centros de interés y conocimientos que se pasaría a los alumnos. Se hizo en base a que en la evaluación del año anterior se valoró que alguna de las preguntas de dicha encuesta resultaban un tanto vagas o confusas. Una vez modificada se hizo llegar al profesor enlace de la actividad.
Paralelamente, en el IES se utilizan tutorías para abordar temas sobre sexualidad. Pasan las encuestas a los alumnos. Los resultados de dichas encuestas son devueltos al equipo de trabajo del Centro de Salud en Abril. Se fijan las fechas de las sesiones de acuerdo a la conveniencia de todas las partes en la tercera semana de Mayo.
Con los datos de las encuestas aportadas se retoca y actualiza la presentación que se utilizará al principio de la actividad, aportando el fedd-back personalizado a cada grupo. Se informa del contenido de dicha presentación al profesor que sirve de enlace.
El taller se estructura en sesiones de dos horas, que se repiten en dos días consecutivos para abarcar a la totalidad del alumnado de 3º de la ESO de dicho Instituto. Se realiza en horario lectivo y en las instalaciones del propio Centro de Salud.
Los alumnos llegan al centro acompañados de personal docente (generalmente el tutor del grupo correspondiente) pero no está presente en la actividad, con el fin de facilitar la comunicación y no coartar al alumnado. Son recibidos a la entrada del centro por uno de los componentes del equipo que realiza la actividad, que les da la bienvenida y les indica la sala donde deben dirigirse. En dicha sala otro miembro del equipo los recibe, saluda e indica cómo acomodarse. El tercer miembro del grupo de trabajo acomoda al profesorado, ya que esperará hasta que termine el taller.
A pesar de que se prefiere trabajar con la unidad escolar (clase) como grupo natural, este año uno de los grupos estaba compuesto por alumnado de dos clases diferentes. El reparto tuvo que tener en cuenta el aforo máximo (25 personas) de la sala.
Recursos empleados:
En cada taller se utiliza material audiovisual: Se proyecta el conocido corto sobre sexualidad y afectividad “En el aire”,elaborado por adolescentes de su misma edad y que marca el tono y lenguaje de lo que será el taller. A continuación una presentación realizada ad-hoc con la retroalimentación sobre conocimientos previos sobre anticoncepción, sexualidad, forma de uso de anticonceptivos y expectativas en torno al taller, así como imágenes que sirven de apoyo a los contenidos más teóricos.
Se intercalan demostraciones y prácticas. Disponemos de material didáctico (tanto comercial como de elaboración propia): maquetas anatómicas (masculina y femenina), preservativos masculinos y femeninos, disponibles en diferentes materiales, así como DIUs, anillos vaginales, píldoras, implantes y parches.
La documentación necesaria: encuesta pre y post actividad y la hoja informativa que se entregará al alumnado al final del taller. Toda la documentación es de elaboración propia. En el caso de las encuestas, consensuada con el equipo docente ya en años anteriores.
En la sala sólo es preciso ordenador, cañón de proyección y conexión a internet.
Como recursos humanos:
-Matrona, Trabajadora Social y una Enfermera por parte del Equipo de Atención Primaria.
- Profesores del IES: los tutores de cada grupo y el que ejerce de enlace.

Contenidos:
Conceptos generales sobre sexualidad
Masturbación, mitos y leyendas
Anticoncepción en el contexto de la sexualidad
Sexo seguro. Anticonceptivo seguro vs eficaz
Preservativos
Anticoncepción hormonal oral
La “píldora del día después”. La “marcha atrás”
Legislación aplicable
Secreto profesional. Consentimiento implícito
Papel de los diferentes profesionales del centro de salud
Acceso a información adicional y recursos
Metodología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Sesión teórico- práctica seguida de debate. Duración total de dos horas.
Tras el taller se realizan las encuesta de evaluación de la actividad y de conocimientos (de nuevo se aprovechan las horas de tutoría del Instituto). El profesorado las analiza primero y posteriormente nos hace llegar el material íntegro al centro de salud en Junio. En el momento de la entrega se realiza ya una primera valoración conjunta de la actividad con el profesor de enlace, que transmite las impresiones de los docentes. Dos días después se realiza otra reunión evaluativa ya solamente con los miembros del equipo de trabajo que pertenecen al Centro de Salud para analizar las respuestas del alumnado y proponer posibles cambios en las actividades de próximos cursos. Se elabora DAFO de la actividad.
Se comunican los resultados al EAP en reunión ordinaria de equipo (Septiembre). No se incide exhaustivamente en la metodología y contenidos de la actividad, dado que ya se ha presentado en otras ocasiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total han participado 44 alumnos procedentes de tres clases. Sus edades varían entre los 14 y los 18 años.
Se han recogido la totalidad de las encuestas previas, pero han faltado 4 de las posteriores.
En general llama la atención lo altamente positivo de los comentarios, con muchas aportaciones en las preguntas más abiertas. Sugieren adelantar un año esta actividad (tema a considerar para futuras ediciones)
Se han cumplido los objetivos que nos marcamos en todos los indicadores, tanto en alumnado satisfecho con la actividad (93%, frente al 80% esperado), como en el aumento en el nivel de conocimientos (mismo resultado).
En cuanto al indicador que se eligió para evaluar la participación (% de alumnos que plantean preguntas en el debate) también se superó el objetivo marcado (36% frente al 30% fijado)
Se ha tenido en cuenta también los comentarios de los docentes sobre la repercusión que aprecian en su alumnado, su impresión personal e incluso comentarios de los alumnos “fuera de encuestas”.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como primera conclusión: merece la pena. Valorada como muy positiva por alumnos, profesorado y el personal implicado en el grupo de trabajo. Satisfactorio a nivel profesional y motivador. Dicho esto:
A la vista de los resultados (muy altos) quizá podrían seleccionarse otros indicadores en la evaluación que nos aporten información que nos ayuden a mejorar.
Queda pendiente el debate con la comunidad educativa sobre la posibilidad de adelantar o no la actividad a una edad más temprana, tal y como sugieren muchos de los participantes.

7. OBSERVACIONES.
Tras los talleres de este año se nos comunicó que el profesor que servía de enlace dejaba el centro y que también cambiaba el equipo directivo. Estos hechos pusieron en evidencia una de las debilidades del proyecto ya apuntadas en el DAFO: lo vulnerable que podría ser si no se integra la actividad en el proyecto habitual del IES. Se vió muy necesario el contactar con el nuevo equipo docente y se pensó que unas buenas fechas para ello podrían ser en torno a noviembre. Al final se ha hecho en febrero de 2018, con excelentes resultados: implicación y gran motivación para continuar con esta actividad.
Ya está fijada la fecha para la nueva reunión conjunta que marca el comienzo de un nuevo ciclo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1270 ========== ***

Nº de registro: 1270

Título
TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Autores:
ISAC ARREDONDO MARTA, BURRO DAL ADORACION, GONZALO LOZANO FLORENCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividades preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La salud sexual es deficitaria entre los adolescentes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

O. General: Fomentar la responsabilidad y el autocuidado en las prácticas sexuales de los adolescentes que participan en la actividad
O específicos:
1. Aportar conocimientos sobre anticoncepción y prevención de embarazos no deseados
2. Reconocer los recursos sociodsanitarios relativos al tema disponibles en la zon, asi como el procedimiento de acceso
3. Resolver las dudas planteadas por los participantes.
$ Aclarar falso mitos sobre la sexualidad

MÉTODO
Talleres sobre sexualidad en el instituto de nuestra zona de salud

INDICADORES
1. Porcentaje de alumnos satisfecho con actividad (Standard 80%)
2. Porcentaje de alumnos que han aumentado el nivel de conocimientos (Standard 80%)
3. Porcentaje de alumnos que participan en el debate (Standard 30%)

DURACIÓN
Duración: abril-septiembre
Encuesta:Abril
Adecuación actividad Abril
Actividades Mayo
Valoración resultados: junio
Exposición a EAP septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA MARTIN GEMA
SALGADO DERTI MARISA
SANCHEZ TORRES YOLANDA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
RODRIGUEZ NOGUE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población de los síntomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

Las actividades que se han realizado para llevar a cabo este proyecto han sido las siguientes:
Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el
día del ictus (octubre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron las Actividades Programadas según el calendario previsto .En la carpa se informó a la gente que se acercaba acerca de los FRCV que tienen que ver con el Ictus, los signos de alarma que hay que tener en cuenta para poner en marcha el código ictus, Se realizaron Doppler carotideos (acudieron neurólogostoma de tensiones, Peso y Talla Coximetrias, Se dieron consejos de Alimentación y estilos de vida
Se informó por parte de los medios de comunicación de las actividades realizadas
Se consiguió que acudiera el consejero de sanidad del gobierno De Aragón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad,ya que sirve de motivación el ver la respuesta que la población da ante estas actividades,implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros .
Esta actividad es la tercera vez que se realiza en el Centro y nos parece que es algo que debe de continuar y mejorar con nuevas ideas y sugerencias tanto del equipo como de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1609 ========== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

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

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

PROBLEMA
Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a la población de los sintomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO
1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES
1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN
1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER GUTIERREZ BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA
GIL GREGORIO ESMERALDA
MARIÑOSA VELA CRISTINA
ARA MARTIN GEMA MARIA
SANCHEZ TORRES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Abril del 2018 se presentó en reunión de equipo la propuesta de iniciar un proyecto de mejora cuya finalidad será ofrecer a los pacientes con déficit de vitamina B12 la alternativa de un tratamiento vía oral.

La presentación se apoyó en una sesión clínica en la que se exponía una revisión actualizada del tema, para dejar constancia de las ventajas que ofrece el tratamiento vía oral, los criterios excluyentes y las pautas de dicho tratamiento.

Se formó un grupo de trabajo para el desarrollo del proyecto y finalmente un mes después se presentó al equipo la metodología del trabajo y las instrucciones a seguir durante su duración.

Decidimos revisar en los 4 meses anteriores que pacientes habían recibido tratamiento intramuscular (optovite) por déficit de vitamina B12; se obtuvo un listado definitivo de 184 pacientes. De estos, 125 cumplían criterios para ofrecer tratamiento vía oral de una forma segura.
Finalmente centramos en estos 125 pacientes el objetivo del proyecto.

El objetivo del proyecto no era en ningún momento comprobar si existían diferencias entre una u otra forma de administración, consideramos que existía suficiente bibliografía y evidencia como para cuestionar la intervención y se optó por ofrecer a los pacientes seleccionados un producto conocido y contrastado (optovite oral) con una pauta y posología avalada por númerosos estudios.

Para valorar las impresiones de los facultativos, se realizó una encuesta anónima con 5 ítems.
De los 11 médicos del centro se obtuvieron 9 respuestas y los siguientes resultados:

1-Ante un déficit de B12¿ planteas al paciente la posibilidad d e tratamiento oral?
Sí : 6 No 0 A veces 3
2-En el caso de aceptarlo ¿qué tratamiento sueles usar?
Optovite 8 Fórmula magistral 0 otros 1 (foli-doce)
3- En tu experiencia el tratamiento oral es....
Mejor 0 Igual 7 Peor 2
4- ¿Consideras necesario disminuir el número de tratamientos inyectados?
Si 8 No 1
5- Cuando inicias un tratamiento por déficit d eB12 ¿qué opción sueles elegir?
Intramuscular 2 Oral 7

En general el resultado de la encuesta resultó satisfactorio e invitaba a pensar que la intervención podría ser positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En enero del 2019, revisamos los 125 pacientes seleccionados, con la decepción de que sólo 5 de ellos habían pasado a tratamiento vía oral.

El resultado fue tan desalentador que nos planteamos la viabilidad del proyecto y la pertinencia o no de presentar los resultados para su evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos analizado las causas del fracaso y creemos que el grupo de trabajo debe asumir gran parte de la culpa. Quizá no hemos sido capaces de transmitir con suficiente vehemencia la importancia del tema o abordamos el proyecto con demasiada confianza.

Quizá el tratamiento oral del déficit de B12 no sea un tema relevante comparado con otros asuntos de la práctica diaria. Al comentar los resultados con algunos facultativos nos comunicaron que la población seleccionada tenía dificultades para asumir cambios, la mayoría eran pacientes mayores con tratamientos de larga duración y reticentes a pasar a medicación oral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Pero su sensación era que tras el inicio del proyecto cada vez se prescribía más optovites orales.

Quizá si hubiéramos diseñado el estudio controlando toda la población que recibe tratamiento vía oral, no centrándonos en el intentar pasar de intramuscular a oral, hubiéramos obtenido mejores resultados y pretendemos que nos sirva como aprendizaje para plantear en otras ocasiones el proyecto de mejora desde esta perspectiva.

Nuestra intención es, tras comunicar los resultados al equipo, valorar si es pertinente repetir este mismo proyecto enfocado de este modo o si es un tema que carece de interés y dejar paso a nuevos proyectos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/810 ========== ***

Nº de registro: 0810

Título
VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Autores:
GUTIERREZ BLASCO JAVIER, AYALA ESTEVE MARIA DEL MAR, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA, GIL GREGORIO ESMERALDA, MARIÑOSA VELA CRISTINA, ARA MARTIN GEMA MARIA, SANCHEZ TORRES YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

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

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

PROBLEMA
El déficit de vitamina B 12 es diagnosticado, tratado y seguido con frecuencia en las consultas de atención primaria, observando mayor incidencia a más edad.
El tratamiento clásico de este déficit es la vitamina B12 intramuscular (Optovite®).
Sin embargo el tratamiento por vía oral es una alternativa válida y de eficacia demostrada, adecuada para la mayoría de los casos; supone un considerable ahorro económico, al reducirse el número de desplazamientos y visitas, actuaciones médicas, trabajo de enfermería y material, además de aumentar la comodidad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar los conocimientos sobre el déficit de B12 en los profesionales que lo manejan y concienciar en la alternativa oral como tratamiento posible.
Conocer el porcentaje de pacientes tratados con preparados intramusculares
Aumentar el número de pacientes con déficit de vitamina B12 a los que se les ofrece la alternativa del tratamiento por vía oral.
Reducir el número de pacientes con déficit de B12 tratados con inyectables.
Conseguir niveles óptimos de B12 en los pacientes que reciben tratamiento vía oral.
Mejorar la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento por déficit de B12.
Reducir los gastos derivados del tratamiento intramuscular.

MÉTODO
Encuesta anónima entre los médicos del centro para evaluar las preferencias y los motivos por los que se decide un tipo de tratamiento ante un déficit de B12
Revisión bibliográfica actualizada del manejo del déficit de B12
Presentación en sesión clínica/formación de los resultados obtenidos en la revisión.
Presentar al equipo la propuesta del Proyecto de Mejora de la Calidad para su aprobación: “Vitamina B12 oral como alternativa al tratamiento intramuscular en déficit de B12.”
Conocer el número de pacientes diagnosticados y tratados por déficit de B12 en nuestro centro de salud.
Conocer el número de inyectables administrados en nuestro centro de salud en los tres meses anteriores al inicio del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Establecer criterios para el uso de vitamina B12 oral y conocer los preparados disponibles.
Informar a los pacientes que puedan beneficiarse del tratamiento vía oral de que existe esta alternativa.
Valorar el grado de satisfacción de los pacientes con este tratamiento oral
Conocer los costes del tratamiento, material fungible y trabajo de enfermería en los inyectables.
Comprobar la adherencia al tratamiento por vía oral.
Incluir en las reuniones del equipo sesiones informativas de la evolución proyecto.

INDICADORES
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite administrados los meses de enero, febrero, marzo del 2018.
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2018.
Nº de pacientes a los que se les ha cambiado la via de administracion (de im a oral)
Satisfaccion de los pacientes con cambio a la via oral.
Nº de pacientes con Vitamina B12 oral que mantienen niveles optimos de vitamina b12
Nº de pacientes con Vitamina b12 im que mantienen niveles optimos de vitamina b12.

DURACIÓN
Fecha de inicio: abril 2018 Fecha finalización: diciembre de 2018
Cronograma:
Abril:
- Reunión del EAP para presentar propuesta del Proyecto
- Reunión del EAP para crear equipo de trabajo y repartir tareas
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema
Mayo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: metodología de trabajo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: creación protocolo actuación
- Reuniones del EAP: Exposición protocolo y Puesta en marcha del protocolo

Junio:
-Recogida de datos de la situación previa al Proyecto
- Reunión del EAP: información de los datos
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema (recuerdo).

Julio- Octubre:
- Continuación de la aplicación del protocolo

Noviembre- Diciembre:
-Recogida de datos de la situación actual a fecha 1/12/18

Diciembre: Reuniones del EAP/equipo de mejora: 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 - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAHULEA LILIANA
LOU ARNAL TERESA
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
DOMINGUEZ ESCARTIN ANA
SABATER PARALLUELO CONCEPCION
CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE EL AÑO 2017 POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS AL EQUIPO,SE GENERA UNA DESMOTIVACIÓN Y PÉRDIDA DE INTERES QUE NO PERMITE LLEVAR A CABO EL COMPROMISO CON EL PROYECTO.
EN FEBRERO 2018 CON MEJOR INICIATIVA Y PREDISPOSICIÓN SOLICITAMOS A TRAVES DE ANA ESCARTIN A DIRECCIÓN DE PRIMARIA EL PROCEDIMIENTO ISSO 9001 DE FARMACIA Y DE ESTERILIZACIÓN.
ACTUALIZACIÓN DE LA A FORMACION,OFRECIDA MEDIANTE CURSOS DEL SECTOR,EN ESTERILIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA MISMA RAQUEL CARVAJAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CREA UNA HOJA DE LISTADO DE INCIDENCIAS,DE LA SE RESPONSABILIZARÁ RAQUEL CARVAJAL,EN LA SE ANOTARÁ LA INCIDENCIA, LA FECHA,LA PERSONA DECLARANTE,Y LA SOLUCIÓN EFECTUADA SI HA SIDO POSIBLE.
DE ESTA HOJA PODREMOS VALORAR EL Nº DE INCIDENCIAS POR MES Y EL PORCENTAJE DE LAS MISMAS NO SOLUCIONADAS.
CON ELLO CONTROLAREMOS MEJOR EL STOCK DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS.
SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN SEGUN NORMA ISSO 9001

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DURANTE ESTE AÑO INTENTAR QUE TODO EL EQUIPO AUN CON FALTA DE TIEMPO Y CON LA PRESION AISTENCIAL, COLABORE EN EL CONTROL DE LAS INCIDENCIAS QUE NOS REPORTARÁ LA INFORMACION NECESARIA PARA CONTROLAR MEJOR EL STOCK DEL CENTRO Y EVITAR LAS ROTURAS DEL MISMO .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/332 ========== ***

Nº de registro: 0332

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL CS FUENTES DE EBRO

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, MAHULEA MAHULEA LILIANA, LOU ARNAL TERESA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, DOMINGUEZ ESCARTIN ANA, SABATER PARALLUELO CONCEPCION, CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: mejora en el procedimeinto de gestion recusos de almacen y material de urgencias
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica,Urgencias: Ana Cristina Sumelzo Liso Médico
Esterilización: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Distribución de proyectos; Enero-17
Nombramiento de responsables; Enero-17
Puesta en marcha procedimiento; Febrero-17
Formación; Primer semestre -17
Seguimiento de actividad, controles trimestrales;Abril,Junio,Septiembre,Diciembre-17
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre-17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Carlos Bolea Gorbea como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Carlos Bolea Gorbea impartió la segunda sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 05/02/2019 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP y una primera el 18 de diciembre 2018 con material de la primera sesión y manejo de patología respiratoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

antibióticos.
Esa persona es Carlos Bolea Gorbea, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
El día 5 de febrero de 2019 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 80% del equipo.
Resultado 2018: 80%
Se han realizado dos sesione relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Fuentes de Ebro el indicador seleccionado fue:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 24,4%
Objetivo 2018: <22%
Resultado 2018: 19,2%

Este resultado muestra un descenso 2,8 puntos por debajo del objetivo marcado, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/814 ========== ***

Nº de registro: 0814

Título
INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
BOLEA GORBEA CARLOS, MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

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

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 24,4%
Objetivo 2018: <22%

DURACIÓN
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCIOON
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de la consulta monográfica: adecuación del del tratamiento en EPOC. Uso correcto de inhaladores en EPOC, asma y otras patologías que los requieran.
Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
Equipamiento de la consulta con el material necesario, incluído una hoja de cálculo tipo Excel compatible para cualquier usuario, así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado 57 pacientes: 64.52% hombres y 35.48 % mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 54.39% de pacientes y 36.84 % de asma bronquial, otros diagnósticos 8.77%
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes y usan más de un dispositivo el 48% de los mismos.
Son fumadores el 21%.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña el 60% (64.52% de los EPOC y el 66.67% de los asmáticos).
A todos lospacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica, vacunándose el 32.26% de los mismos.
Entre los pacientes EPOC, se les ha valorado su estadío según la GOLD al 67.7%, de entre los cuales, el 56%, están en un estadio moderado, y el 33% en estadío severo. En un 29% de los pacientes EPOC se necesita una adecuación del tratameinto a las guías. Únicamente se había registrado un paciente (2.77%) con el diagnóstico de EPOC sin corresponderle por lo que se cambia en el registro de OMI.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, e´stos han recogido el 100% sin embargo, ninguna se ha entregado en la consulta monográfica.
En el momento actual, la prevalencia del EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,35 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO ESTADÍSTICO DE USO GENERALIZADO.
NECESIDAD DE RECORDAR CONSTANTEMENTE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTDÍSTICO
NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.
Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales, acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.
Resulta imprescindible integrar sistemas de registro en la historia informatizada (OMI).
Todo ello representa mucha carga, con el consiguiente degaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1350 ========== ***

Nº de registro: 1350

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, FERRER CASAUS ALBERTO, VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, MARTINEZ IBAÑEZ ANA

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

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

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

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monogárfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de la "Consulta monográfica para pacientes EPOC: uso correcto de inhaladores. Adecuación del tratamiento".
? Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
? Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
? Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
? Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
? Equipamiento de la consulta con el material necesario, incluído una hoja de cálculo tipo Excel compatible para cualquier usuario, así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
? Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
? Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.
- Se amplía la educación sobre el uso correcto de inhaladores a cualquier paciente que los haya precisado en el último año: asmáticos u otras patologías respiratorias.
- No se realiza consulta "antitabaco" hasta que se realice formación específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado 57 pacientes: 64,52 % hombres y 35,48% mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 54,39% de pacientes y 36,84 % de asma bronquial, otros diagnósticos: 8,77%.
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes mejorando hasta el 61,1% al final del estudio.
Usan más de un dispositivo el 48% del total de los pacientes estudiados.
Son fumadores el 22%.
A todos ellos se les realiza educación para la salud.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña únicamente el 60% (64,52% de los EPOC y el 66,67% de los asmáticos).
A todos lospacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica vacunándose el 32,26% de los mismos.
Entre los pacientes EPOC a los que se les ha valorado su estadío según la GOLD 67,7%, de entre los cuales, el 56%, están en un estadio moderado, el severo el 33% en estadío severo.
Un 29% de los pacientes EPOC han precisado adecuación del tratamiento a las guías actuales.
Únicamente se había realizado diagnóstico erróneo en un paciente (2,77%)como EPOC por lo que se corrige y se excluye de dicho registro.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, éstos han recogido el 100% de de las mismas, sin embargo, ninguna se ha entregado en la consulta monográfica.
En el momento actual, la prevalencia de EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,25%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
? BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
? FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
? DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
? NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO ESTADÍSTICO DE USO GENERALIZADO.
? NECESIDAD DE RECORDAR PERIÓDICAMENTE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
? NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTADÍSTICO
? NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.
Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Necesidad de integrar sistemas de registro en la historia informatizada del paciente (OMI).
Elevada carga de trabajo añadido, con el consiguiente degaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1350 ========== ***

Nº de registro: 1350

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, FERRER CASAUS ALBERTO, VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, MARTINEZ IBAÑEZ ANA

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

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

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

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monogárfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICENTE COMPAIRED ARAGÜES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN CLAVERO MARIA JESUS
OCHOA ORTEGA MARIA PAZ
GIL LERA ANA CARMEN
GIL MACIPE MARIA JOSE
CLAVERO PEREZ ANA
SANCHO RAIMUNDO SHEILA
ENGUITA ROY ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A los pacientes que han acudido por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tenían ningún registro en la historia clínica, se les han registrado los siguientes datos básicos:
- Antecedentes personales/familiares
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

Cumplimiento del calendario marcado:
El proyecto se presentó al equipo el 23 de marzo de 2017.
Se aprobó el proyecto en Reunión de equipo el día 20 de abril de 2017, y se elaboró el manual informatizado con el equipo de admisión.
En mayo se informó a los ciudadanos a través de un díptico donde se explicaba todo el proyecto con cronograma incluido, se puso en marcha el proyecto, y se comenzó a registrar a aquellos pacientes que no tenían registros en la historia clínica.
En junio se presentó al consejo de salud de zona.
En septiembre se diseñó y se realizó una primera evaluación del proyecto.
En enero de 2018 se realizó la evaluación final.

Recursos empleados:
Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrece citación en la consulta de la enfermera para recogida de los datos básicos. En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realiza la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Registro de todos los pacientes por el Servicio de Admisión en tabla Excel al efecto.
De mayo a septiembre de 2017: 157 pacientes, de los cuales Nuevos 131, Adscritos 85. Hombres 72 y Mujeres 85.
De octubre a diciembre de 2017: 65 pacientes, de los cuales Nuevos 61, Adscritos 4. Hombres 23 y Mujeres 42.
TOTAL: De mayo a diciembre de 2017: 222 pacientes, de los cuales Nuevos 192, Adscritos 30. Hombres 95 y Mujeres 127

No hay standard marcado por no haber registros anteriores.

Datos extraídos de los archivos remitidos de la DAP del sector II (Técnico de salud) el 14/02/18:
ALTAS de otras CCAA desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 30
ALTAS de Aragón excepto sector II, desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 154
Pacientes adscritos al centro de salud que no se habían atendido nunca a fecha 30 de abril de 2017: 1610; desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 han solicitado atención: 407
Total: 591
Desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 se ha realizado el Servicio 304 (Planes Personales de OMI) a 222 pacientes.
Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
222 / 591 = 37%

Indicadores:
1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
2.- Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ser la primera vez ha habido dificultades de captación en el equipo, (admisión, medicina los adscritos que no derivan a enfermería, y enfermería que no los comunica a admisión) al no estar bien asimilado el proyecto, influyendo además vacaciones, sustituciones etc. El proyecto supone la captación precoz de los pacientes, con detección de problemas de salud, y actuaciones preventivas y de educación en salud.
Creemos por ambas cuestiones que es necesario continuar con el proyecto para mejorar la captación, y establecerlo como un servicio más a realizar diariamente por el Equipo de Atención Primaria.

Para ello se propone un standard entre 50-55%, y se establecen nuevos indicadores para 2018:

1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión de mayo de 2017 a diciembre de 2018, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
2.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
3.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), fumadores / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
4.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), con TA =>140/90 mmHg / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1289 ========== ***

Nº de registro: 1289

Título
REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES DE OMI) DE LOS PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)

Autores:
COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

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

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de factores de riesgo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Detección de problemas de salud

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

PROBLEMA
Registrar datos básicos de los pacientes que acuden por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tienen ningún registro en historia clínica de atención primaria, tales como:
- Registrar antecedentes personales/familiares.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

RESULTADOS ESPERADOS
Apertura de historia clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Detección de problemas de salud.
Captación precoz.
Actuaciones preventivas y de educación en salud.
Resolución de la demanda si la hubiera solicitado.

MÉTODO
Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrecerá citación en la consulta de la enfermera para:
1.- Registro del servicio 304 de Planes personales de OMI.
2.- En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realizará la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería).
3.- Los pacientes que acudan directamente al médico por primera vez (cita por internet etc.), una vez atendidos se citaran a consulta concertada de enfermería para Servicio 304 de planes personales, y posteriormente se comunicará al servicio de admisión para anotar en listado.

INDICADORES
1.- Pacientes por nombre, edad y sexo, AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca.
Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
2.- Total de pacientes que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados / total de pacientes > de 15 años.
3.- Registro de pacientes nuevos captados desde admisión.

DURACIÓN
- Presentación del proyecto: el 23 de marzo de 2017 al EAP.
- Aprobación: el día 20 de abril de 2017 en reunión de equipo específica.
- Información a los ciudadanos: mayo de 2017 (se ha realizado un díptico al efecto para entregar a los ciudadanos)
- Diseño del sistema de evaluación: septiembre de 2017.
- Reunión con equipo de Admisión y elaboración manual informatizado de procedimiento: en abril 2017.
- Registro de pacientes atendidos por primera vez por el servicio de Admisión: mayo 2017.
- Presentación proyecto al Consejo de salud: mayo 2017.
- PUESTA EN MARCHA: 2 de mayo de 2017.
- Evaluación de resultados: septiembre de 2017 y enero 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 - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GRIMAL ALIACAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BLASCO BORQUE MARIBEL
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA
VALERO YUBERO TERESA
GAZULLA JULIAN TERESA
MONFORT POSADA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se ralizan varias reuniones del grupo de mejora.
se realizan dos reuniones explicativas del proyecto: una a todo el equipo y otra por estamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se mejoran las hojas de registro existentes.
se firma mensualmente el control de almacen hojas de resgistor de carro de parada, botiquin, maletin.
Asi lo consigna la auditoria realizada por farmacia del sector.
ha servido para retirar farmacos y material que no se usara
ha servido para aumentar la dotacion de farmacos y material que si se encontraba era necesario,
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- Nº de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).: 3 en carro de paradas y 2 en almacen en un año
% de incidencias no solucionadas o demoradas.: cero

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
aunque ya se realizaba un control de almacen, botiquin, carro de paradas y esterilizacion ha servido sobre todod para concienciar a todo el equipo de que este procedimiento es importante.
Ha servido para detectar pequeñas fallos
Ha servido para mejorar control caducidades y verificar el uso correcto del material

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/380 ========== ***

Nº de registro: 0380

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA

Autores:
GRIMAL ALIACAR FERNANDO, ARQUILLUE VARONA SARA, BLASCO BORQUE MARIBEL, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, VALERO YUBERO TERESA, GAZULLA JULIAN TERESA, MONFORT POSADA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.
Propuesta Responsables:
Almacén, botiquín: Teresa Valero (aux. clínica)
Urgencias: Sara Arquillué (MF) /Maribel Blasco (Enfermera) Esterilización: Teresa Gazulla (aux. clínica)

INDICADORES
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- Nº de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
inicio enero 2017
fin: diciembre 2017
formacion a recibir de gerencia AP.
controles trimestrales de proyecto
control mensual de indicadores
nombramiento responsables: antes de inicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 08/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA
MORA GRACIET BELEN
PEREZ MARTINEZ JULIA
PLUMED TEJERO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Durante el curso escolar nos hemos reunido en 4 ocasiones sanitarios docentes y madre del AMPA para programar actividades
2. Desde el inicio todos los componentes del equipo de mejora hemos hecho un equipo de trabajo, incorporando nuevos miembros, para poder continuar participando en esta nueva red de salud.
3. Hemos realizado formación individualizada a través de cursos on line, asistencia a jornadas y congresos, pero no hemos podido desarrollar sesiones grupales entre nosotros
4. En las sesiones formativas de profesores nos hemos implicado todos los componentes tanto en el diseño de los contenidos como en la presentación
5. En estas sesiones hemos desarrollado los temas previstos y otros que les han interesado especialmente con los profesores como un curso básico de RCP, en el que han participado el 100% de los docentes. En pequeños grupos de 5 acudían a nuestro centro de salud al terminar las clases y con muñecos de RCP y 2 sanitarios realizaban RCP básica
6. Cada sesión que hemos dado a AMPA y a Docentes ha sido evaluada tanto en asistencia como en satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1 º de sesiones impartidas a EIR-MIR/Nº sesiones previstas : 0/4 = 0%
2 Nº sesiones impartidas a Profesores /Nºde sesiones previstas 9/4 = 2,25x100 = 225%
3 Nº sesiones impartidas a Padres / Nº de sesiones previstas: 2/4 = 0,50x100 = 50%
4 Nª Docentes satisfechos/ N Decentes participantes : 21/21= 100%
5 nº Padres muy satisfechos / N de Padres participantes: 28/29=0,96x100= 96%
6 Nº de Sanitarios satisfechos/ Nº de Sanitarios participantes 8/8 = 1x1oo= 100&
7 Conocer la utilidad de las sesiones de las sesiones formativas
a los padres/Nº de sesiones impartidas : 28/29=0,96x100= 96%
8 Durante el curso escolar presentamos el proyecto al consejo de salud del barrio.

los indicadores Nº7y Nº5 del proyecto no los hemos evaluado por ser imposible de definir con exactitud el denominador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El actual modelo de Atención Primaria está basado en la asistencia, y las actividades de EpS en la escuela se ven dificultadas puesto que no ocupan un tiempo especifico en nuestras agendas, ademas los diferentes horarios entre Docentes,Sanitarios y Padres hace muy difícil encontrar horarios comunes. Pero la satisfacción de profesores, sanitarios y padres de alumnos nos anima a continuar con este camino de salud en nuestra comunidad.
Con ilusión, ganas, tiempo y mucho esfuerzo de los componentes e este equipo, hemos conseguido establecer un equipo de trabajo entre Educadores,Sanitarios y AMPA, que permite continuar con nuevas actividades .
Este proyecto ha sido posible realizarlo gracias a la presencia de Residentes de Familia (MIR-EIR) que han considerado esta, una actividad necesaria en su formación.
En este nuevo curso escolar continuamos en el mismo camino pero con distintas actividades que han priorizado los educadores

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/570 ========== ***

Nº de registro: 0570

Título
UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO ALMOZARA – CENTRO SALUD ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Autores:
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, GARGALLO GASCA NAIARA, MORA GRACIET BELEN, MURO CULEBRAS MARIA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PLUMED TEJERO MARIA, TOMEO MUÑOZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion, Promocion de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro CS desde el año 1990 desarrollamos, con colegios de la zona, durante 4 años, programas de Educación para la Salud (EpS) en la Escuela patrocinados por el Ministerio de Educación/Insalud/DGA, con resultados satisfactorios en profesores, alumnos, padres y sanitarios que participamos en ellos. Desde entonces, ha cambiado nuestra sociedad, ha aumentado la edad media de vida y la prevalencia de las enfermedades crónicas que tienen relación directa con nuestra manera de vivir: HTA, Dislipemia, Obesidad, Patología Mental. El 5% de los menores de 14 años de nuestro CS, está en tratamiento farmacológico crónico, y de ellos, el 64% toma fármacos por patología psiquiátrica. Otros problemas de nuestra sociedad, violencia, acoso, anorexia, accidentes, consumo de tóxicos, tienen una clara relación con la salud.
La salud es un recurso para la vida que se ve influenciado, por factores sociales y personales. La infancia y adolescencia son etapas sensibles a la influencia de factores protectores y de riesgo, para el desarrollo de salud y la EpS en la escuela, proporciona a niños y adolescentes capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud, pero la escuela necesita la colaboración de los CS de su zona para que sus acciones tengan un enfoque global y estén integradas en la comunidad. Actualmente en CS Médicos y Enfermeras realizan su formación y deben aprender a trabajar juntos en y para su comunidad
Todo ello nos ha hecho contactar con profesores del Colegio Público (CP) Almozara, que ya participan en redes promotoras de salud, para desarrollar un proyecto común de EpS en la escuela basado en reuniones conjuntas. En junio, diseñamos unas líneas de trabajo entre profesores y sanitarios, que fueron consensuadas en septiembre, van a ser aprobadas por el consejo escolar y han sido presentadas al consejo de salud del barrio, que facilitaran el asesoramiento a los profesores en los temas de salud desarrollados en el aula y la formación de padres de alumnos, para poder iniciar un nuevo camino de salud en nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1ºInstaurar un equipo de trabajo multidisciplinar con sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud
2ºAprobar en el consejo escolar del CP Almozara este proyecto de EpS
3ºCrear un grupo de trabajo entre MFyC y Enfermería en nuestro CS, que de estabilidad a las actividades de EpS desarrolladas
4 Integrar a MIR EIR en programas de salud comunitaria
5 Potenciar la capacidad de los docentes para abordar temas de salud
6ºFormar a docentes en prevención de accidentes y técnicas de primeros auxilios
7 Desarrollar una escuela de padres que sirva de base para afianzar las habilidades trabajadas con los niños desde las aulas
8ºAmpliar los conocimientos en EpS de MIR/ EIR y estudiantes que se forman en nuestro CS, utilizando técnicas de aprendizaje significativo

MÉTODO
1º1Médico,1Enfermera,1Profesor,1Padre del AMPA, participaran en el grupo de trabajo de EpS, reuniéndose trimestralmente. A través de nuestras experiencias, conjuntamente, se evalúan actuaciones desarrolladas y se programa las posteriores. Responsable:R.Tomeo
2ºEn el CS crearemos un equipo que garantizara la estabilidad de los proyectos durante al menos 2 años. Responsable:N.Gargallo
3ºDesarrollaremos 3 sesiones formativas a los MIR/ EIR/ Estudiantes sobre comunicación, participación comunitaria y aprendizaje significativo
Responsable:C.Pueyo/M. Muro
4ºImpartiremos 4 sesiones formativas a los profesores, con los temas propuestos por ellos: Alimentación, Espalda Sana, Prevención de accidentes, Primeros auxilios, Patologia de alumnos.Responsable:M Caso
5ºPosteriormente las desarrollaremos con los padres de alumnos. Responsable:J. Perez
6ºAl finalizar cada sesión pasaremos una encuesta de satisfacción a los padres, profesores y sanitarios participantes.Responsable: B.Mora
7ºRecogeremos en cada actividad el nªde participantes para realizar la evaluación.Responsable: M. Plumed

INDICADORES
1 Nº sesiones impartidos a EIR- MIR/nºsesiones previstas%
2 Nºsesiones impartidas a profesores/nºsesiones previstas%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

3 Nºsesiones impartidas a padres/nºsesiones previstas%
4 Nºdocentes satisfechos/nºdocentes participantes en proyecto%
5 Nªdocentes asistentes/nº docentes participantes en proyecto%
6 Nºpadres satisfechos/nªpadres participantes en proyecto%
7 Nªpadres asistentes /nºpadres alumnos participantes en proyecto%
8 Nªsanitarios satisfechos/nºsanitarios participantes en proyecto%

DURACIÓN
Junio: Formación de equipo, Reunión de equipo, Reunion de profesores.
Septiembre: Reunion de equipo. R. Profesores. Reunión AMPA.
Octubre: Talleres a profesores.
Noviembre: Talleres padres.
Diciembre: Reunion equipo, Talleres profesores
.Enero: Reunion profesores,Reunion AMPA, talleres padres, Evaluación. Febrero:Talleres profesores.
Marzo: Reunion equipo, talleres padres.
Abril: Talleres profesores
.Mayo: Talleres padres,
Junio: Reunion profesores, Reunión AMPA, Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

Fecha de entrada: 05/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
CLAVERIA SANCHO GLORIA
MARTIN BERNAD DANIEL
VICENTE ALDEA MARIA TERESA
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
RUIZ SANNIKOVA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al iniciar el proyecto se revisó el listado de los pacientes captados en EIRA para mantenerlos en el proyecto y no perder el vínculo con el mismo y se reevaluó la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla, adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas hasta el momento para adaptar las actividades posteriores según las valoraciones.
Se ha intentado que entre medicina y enfermería se mantenga actualizado el registro de cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabituación tabáquica.
Se reiniciaron en octubre tras el verano, los "Paseos saludables en Almozara", los martes a las 9.30 horas consiguiendo la participación de entre 1 y 7 caminantes.
Se han realizado en estos meses 2 actividades grupales de alimentación saludable a las que asistieron un total de 15 participantes que presentaron un grado de satisfacción alto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido mantener el seguimiento iniciado con el proyecto EIRA y se ha incluido a algún paciente más, haciéndoles participes en su salud para conseguir, mediante el ejercicio físico y la dieta saludable,
Hemos conseguido con la colaboración del equipo perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", estableciéndola como actividad semanal rutinaria
Se han reforzado los conocimientos sobre buenos hábitos alimentarios mediante los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
Lo más importante es que hemos observado en la última valoración cambios en los hábitos adquiridos en los participantes más constantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con tiempo y mucha dedicación es posible dar a conocer formas de cambiar hábitos saludables entre nuestros pacientes, siempre y cuando ellos estén interesados en los mismos y la información se trasmita de forma adecuada, incentivadora y dirigida.
Es un proyecto que nos ha presentado muchas dificultades por la falta de tiempo entre los profesionales que sienten la carga asistencial como el punto más limitante, además de haber habido dificultades añadidas puesto que la mayoría de los colaboradores del proyecto hemos ido cambiando nuestro lugar de trabajo.
Pese a todo ello ha merecido la pena y queda pendiente mantener estas actividades conseguidas y ampliar el proyecto con nuevas actividades y colaboraciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/307 ========== ***

Nº de registro: 0307

Título
RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

Autores:
MURO CULEBRAS MARIA, ARQUILLUE VARONA SARA, CLAVERIA SANCHO GLORIA, MARTIN BERNAD DANIEL, VICENTE ALDEA MARIA TERESA, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, RUIZ SANNIKOVA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

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

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

PROBLEMA
Durante el año 2017-2018 se ha desarrollado en el centro de salud Almozara la fase de intervención de un proyecto de investigación del grupo de investigación en atención primaria de la consejería B46 (Ensayo Híbrido de evaluación de una intervención compleja multirriesgo para promover conductas saludables en personas de 45-75 años atendidas en atención primaria, EIRA). En esta fase han sido captados 140 pacientes de entre 45-75 años, mediante 3 criterios de inclusión establecidos, de los cuales se debía cumplir al menos 2, para conseguir un grupo de características comparables e idóneos para la intervención diseñada, en estos ítems se valoraban los principales factores de riesgo modificables como son el tabaquismo, la inactividad física y la mala adherencia a la dieta mediterránea. Tras el proceso de captación, se realizaron varias intervenciones individuales para aportar recomendaciones, consejos y valoraciones orientadas a cada paciente concreto; y una vez valorada la situación personal de cada uno y extrapolando los datos al grupo de captados, se impartieron además, de forma colectiva, talleres prácticos con enseñanza de técnicas que buscan trasmitir formas de modificación de los hábitos de vida, de una forma activa y autosuficiente. Esta año, con este grupo de trabajo, proponemos una continuidad de las actividad de educación para la salud (EpS) en este grupo de pacientes

RESULTADOS ESPERADOS
5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Continuar con el seguimiento clínico de los pacientes captados en el EIRA, una vez finalizada la fase de intervención dentro del estudio.
2. Difundir los activos de salud de nuestro barrio entre esta población
3. Perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", como parte de la cartera de servicios de nuestro centro.
4. Consolidar una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, con los pacientes captados y ampliarlo a todos los fumadores activos que requieran y acepten una intervención intensiva.
5. Mantener las actividades de educación para la salud que fomentan buenos hábitos alimentarios, como los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
6. Conocer qué cantidad de pacientes y de qué modo han modificado estos estilos de vida.

MÉTODO
• Revisaremos el listado de los pacientes captados en EIRA.
• En una cita inicial, reevaluaremos la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas.
• Controlaremos sus cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabituación tabáquica de forma bimensual.
• Compartiremos con estos pacientes los activos de salud de la zona, animándoles a su utilización.
• Continuaremos con "Paseos saludables en Almozara" todos los martes a las 9.30horas y registraremos la participación.
• Realizaremos talleres mensuales sobre alimentación.
• Evaluaremos de forma bimensualmente la asistencia a cada actividad.
• Realizaremos consejo antitabáquico en una consulta monográfica.

INDICADORES
7. INDICADORES Y EVALUACIÓN
1. Pacientes citados para nuevo seguimiento / Paciente captados en EIRA
Estándar: 80%

2. Nº de semanas en las que se han realizado paseos saludables / Nº semanas del año
Estándar:70%

3. Nº de pacientes que acuden a la consulta de deshabituación / Nº pacientes fumadores captados
Estándar: 80%

4. Nº de asistentes a la actividad de alimentación saludable / Nº pacientes captados con mala adherencia a la dieta mediterránea
Estándar: 70%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

5. Nº de talleres de alimentación desarrollados/nº de meses en las que se desarrolla la actividad
Estándar: 80%

6. Nº paciente que han modificado o incrementado el ejercicio físico / Nº de pacientes captados en EIRA
Estándar: 80%

7. Nº de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico / Nº de pacientes con tabaquismo captados en el proyecto
Estándar: 50%

8. Nº de pacientes que han modificado su alimentación / Nº de pacientes con mala adherencia a dieta mediterránea
Estándar: 80%

9. Nº de pacientes que conocen los activos de salud del barrio/ Nº pacientes captados
Estándar: 100%

10. Nº de pacientes que utilizan los activos de salud del barrio /Nº de pacientes captados
Estándar: 70%

11. Creación de una consulta monográfica antitabaco
Estándar: 100% (Sí)

DURACIÓN
- Presentación del equipo --> Abril 2018(María Muro)
- Revisión del listado de pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
- Realización de una tabla de registro para actualizar los datos de los pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
- Realización de la primera cita de revisión --> Mayo/Junio 2018(Daniel Martín)
- Control de las variables analizadas --> Bimensualmente 2018-2019(Maite Vicente y Nieves Sobreviela)
- Liderazgo de los "Paseos saludables" --> Todos los martes 2018-2019(Sara Arquillué)
- Realización de los talleres de alimentación. --> Mensualmente(Marivi Oliete)
- Liderazgo de "Consulta antitabáquica" --> Quincenalmente (Gloria Clavería)
- Evaluación de las actividades realizadas --> Bimensual(Olga Ruiz)
- Evaluación global del proyecto --> Mayo 2019(María Muro)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN BERNAD DANIEL
CLAVERIA SANCHO GLORIA
JACINTO MARTIN ALBERTO
JIMENEZ ASENSIO SANDRA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
PEREZ MARTINEZ JULIA
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha logrado dar continuidad al proyecto colaborativo que se lleva a cabo con el CEIP Almozara, continuando con el trabajo en red e incorporando nuevos componentes al equipo. Se ha dado a conocer el proyecto a los nuevos miembros del EAP incorporados tras los últimos traslados.
Aunque no se ha logrado incorporar activos de salud de nuestro barrio, se ha contado con la colaboración de SARES en la programación de actividades con el alumnado y con los recursos facilitados por la iniciativa nacional “RCP desde mi cole”.
Se ha realizado un taller sobre la atención al niño diabético para el claustro.
Se ha programado un taller de RCP para la escuela de padres, que se realizara en abril de 2019.
Se han realizado las siguientes actividades con el alumnado:
En el ciclo de Infantil se dio a conocer la actividad de los sanitarios y visitaron las instalaciones del centro de salud.
En el 1 Ciclo de Educación Primaria: se les adiestro para actuar ante una emergencia sanitaria.
Se han programado actividades para el 3 ciclo de Educación primaria que se realizaran en este curso escolar, sobre la prevención de adicciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º Establecer la continuidad del grupo de EAP:
a) Reuniones de equipo de EAP realizadas: 3 /nº de reuniones previstas 4 = 75%
b) Incorporación de nuevos sanitarios en el equipo: 4 nuevos sanitarios/ nº de sanitarios 8 = 50%
2º Nuevo activo de salud: Nuevos activos contactados: 0 / activos implicados con el proyecto: 0 = 0%
3º Demandas solicitadas por el claustro: 1 / demandas resultas: 1= 100%
4º Reuniones realizadas con el AMPA: 2 / Reuniones previstas 2= 100%
5ª Actividades previstas con la Escuela de Padres: está consensuada y preparada para realizarse durante el mes de Abril.
6ª. Actividades realizadas con el alumnado han sido consensuadas entre claustro, AMPA y sanitarios y se están desarrollando hasta final de curso, momento en el que se podrán evaluar.
7º Sesiones realizadas en el equipo de atención primaria: 3/ Nª de sesiones previstas 4 = 75 %
8º Las encuestas de satisfacción serán realizadas al final de la actividad en junio de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro proyecto está en fase de desarrollo y hasta junio del 2019 no lo podemos valorar en profundidad pero todos los participantes, sanitarios, profesores y padres estamos ilusionados con este camino de salud que desde hace 3 años estamos compartiendo.
Aunque el proyecto cooperativo va creciendo, y hemos establecido una relación en red con el claustro y el AMPA, todavía queda pendiente incorporar activos de salud del barrio y poder trabajar con el alumnado de una forma más integrada. Para ello creemos fundamental continuar con el proyecto, incorporar nuevos colaboradores e integrar dentro de nuestra agenda asistencial, las actividades comunitarias de Educación para la salud en la escuela

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/453 ========== ***

Nº de registro: 0453

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA. CENTRO SALUD ALMOZARA

Autores:
TOMEO MUÑOZ RUTH, MARTIN BERNAD DANIEL, CLAVERIA SANCHO GLORIA, JACINTO MARTIN ALBERTO, JIMENEZ ASENSIO SANDRA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde el centro de salud Almozara llevamos colaborando con el CEIP Almozara durante los dos cursos escolares previos, con este proyecto queremos dar continuidad a dicha colaboración. Teniendo en cuenta, que la participación en programas de atención a la comunidad entra dentro de los objetivos de nuestra especialidad y, es básica en la formación de nuestros residentes y estudiantes.
En este tiempo hemos observado la falta de recursos con los que cuenta el profesorado, para dar respuesta a temas de salud en el aula, siendo estos temas una necesidad transversal en las competencias curriculares que, deben adquirir los alumnos en su formación.
Resaltar, también, la importancia de la implicación de las familias y del alumnado en la gestión de su propia salud. Ya que, en estas etapas, pueden ser más influenciables tanto por factores de riesgo como por factores protectores para la adquisición de hábitos saludables.
Con la continuidad de este proyecto queremos proporcionar al alumnado la capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1º Continuar con el trabajo en red de sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud en la infancia y la adolescencia.
2º Dar continuidad al grupo que trabaja las actividades de EpS en nuestro centro de salud, integrando a nuevos componentes.
3º Contactar con entidades que trabajen objetivos comunes de educación para la salud en las aulas, para aunar ideas y esfuerzos.
4º Resolver las demandas del profesorado sobre temas de salud en el aula.
5º Afianzar la actividad de la escuela de padres, trabajando desde la parentalidad positiva, en colaboración con el AMPA.
6º Empoderar al alumnado en conceptos de salud positiva, hábitos saludables, prevención de riesgos, y actuación en situaciones de emergencia sanitaria.
7º Implicar a los alumnos del CEIP Almozara en la gestión de su propia salud.
El objetivo final sería promover hábitos de vida saludables en los alumnos y sus familias que se extiendan al barrio en el que estamos situados y, a la sociedad.

MÉTODO
El equipo de sanitarios del proyecto formalizaremos reuniones de forma trimestral, para programar actividades, facilitar recursos, y analizar las actuaciones realizadas.
Cumplimentaremos un registro de las actividades realizadas, las reuniones y las incidencias surgidas a lo largo del proyecto.
Realizaremos dos reuniones con el AMPA, para trabajar temas de salud, de interés para las familias.
Incluiremos a los activos de salud del barrio, compaginando actividades, entre otros, con el centro cívico de Almozara.
Efectuaremos reuniones con el equipo directo del CEIP Almozara donde se atenderá a las posibles demandas del profesorado y se organizaran las actividades con el alumnado, de forma trimestral.
Impartiremos al alumnado talleres adecuados a su ciclo formativo, desde el aprendizaje significativo:
Infantil: conocer el trabajo de los sanitarios en el centro de salud
1 Ciclo de Educación primaria: actuación ante una emergencia sanitaria
2 Ciclo de Educación Primaria: hábitos de vida saludables
3 Ciclo de Educación Primaria: prevención de adicciones

INDICADORES
1: Se ha dado continuidad al grupo de EAP: número de reuniones del equipo/ reuniones previstas. (Estándar 75%)
2: Nuevos sanitarios incluidos en el grupo/ número de sanitarios participantes (Estándar 50%)
3: Nuevos activos de salud implicados con en el proyecto/ número de activos contactados. (Estándar 20%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

4: Demandas solicitadas por el claustro / demandas resueltas (Estándar 70%)
5: Reuniones con el AMPA/ número de reuniones previstas (Estándar 50%)
6: Actividades realizadas con la escuela de padres/ actividades previstas (Estándar 50%)
7: Actividades realizadas al alumnado/ Actividades previstas (Estándar 60%)
8: Sesiones de equipo/ número de sesiones previstas (Estándar 75%)
9: Número de alumnos que se han beneficiado de talleres/ número total de alumnos (Estándar 80%)
10: Número de sanitarios satisfechos/ número de sanitarios participantes (Estándar 80%)
11: Número de padres satisfechos/ número de padres participantes (Estándar 60%)

DURACIÓN
La duración del proyecto será el curso escolar 2018-2019.
Se realizaran, de forma piloto, actividades con Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria en Abril y Mayo de 2018. (MJ. Bujeda)
Realización de talleres con el alumnado, durante el curso escolar, en función de las actividades curriculares del colegio. (D. Martin, S. Jiménez, G. Clavería, A. Jacinto)
Reuniones trimestrales del equipo de sanitarios en: septiembre, diciembre, marzo y junio. (R. Tomeo, C. Pueyo)
Reuniones trimestrales con el equipo directivo del CEIP Almozara en: octubre, enero, abril y junio. (R. Tomeo, J. Pérez)
Reuniones semestrales con el AMPA en: octubre y abril. (R. Tomeo, D. Martin)
Evaluación final del proyecto en Julio de 2018 por parte del equipo multidisciplinar que forme parte del proyecto. (R. Tomeo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
SANZ ASIN ALICIA PILAR
BORAO GOMEZ JULIA
MOYA PEREZ MARIA PILAR
PLUMED TEJERO MARIA
BONA GARCIA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo 2018, según el calendario marcado, se presentó el proyecto de calidad a los miembros del equipo y se les facilitó el formulario de encuesta IPSS para que pudieran aportarlo a sus pacientes en la consulta . En el proyecto participaron profesionales de enfermería (4) y médicos del Centro de Salud Almozara (2) .Según el profesional, la encuesta se realizó de manera autoadministrada (contestada por el propio paciente),que luego devolvía a la consulta, o se realizaba directamente por el profesional en la consulta . Se elaboró una plantilla EXCELL donde se recogía : el nombre el paciente, edad, médico responsable, respuesta 1ª encuesta IPSS y fecha, tratamiento prescrito (si era preciso), respuesta 2ª encuesta IPSS y fecha, efectos secundarios, mejoría clínica y abandonos . La recogida de datos de realizó desde mayo hasta diciembre de 2018 según el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se les realizó una primera encuesta a un total de 96 pacientes, con una media de edad de 66,7 años. A 69 pacientes la encuesta les dió una puntuación menor a 8 (media 5) y a 27 pacientes una puntuación mayor a 8 (media 12). A los pacientes con IPSS mayor a 8, se inició tratamiento y se citó para una 2ª valoración y realización de encuesta en aproximadamente 3 meses.
Pacientes que completaron la encuesta y el tratamiento / nº total encuestas : 21 /96
Nº con mejoría IPSS/ Nº total encuestas: 17 /96
Nº sin mejoría IPSS/Nº total encuestas: 4 /96
Tasa de abandonos por efectos secundarios /Nº total encuestas: 6/96
Nº tratamientos innecesarios /nº total encuestas: 4/96

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los abandonos de tratamientos iniciados ha sido del 22,2% (6/27), que se ha producido principalmente por efectos secundarios de los alfa bloqueantes (hipotensión, eyaculación retrograda, congestión nasal) . Globalmente se ha producido una mejoría en el IPSS en el 62,96 % (17/27) de los pacientes tratados .La tasa de tratamientos innecesarios ha sido de 14,8% (4/27).Se puede llegar a la conclusión de que la encuesta IPSS es una herramienta útil y de sencilla aplicación para valorar el inicio de tratamiento en pacientes sintomáticos con HBP, y para valorar la necesidad de continuar o no con el tratamiento si detectamos una ausencia de mejoría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/877 ========== ***

Nº de registro: 0877

Título
IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
VICENTE ALDEA MARIA TERESA, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, SANZ ASIN ALICIA PILAR, BORAO GOMEZ JULIA, MOYA PEREZ MARIA PILAR, PLUMED TEJERO MARIA, BONA GARCIA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Hombres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ADECUACION

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

PROBLEMA
La hiperplasia benigna de próstata (HPB) es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre los 2 niveles existentes en nuestro país, el de atención primaria (AP) y el de atención especializada; motivo por el que era necesario consensuar unos criterios de derivación o de continuidad que sirvan de orientación a ambos colectivos. La historia clínica del paciente, el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score), el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) son herramientas accesibles en el ámbito de la AP que permiten un diagnóstico adecuado de la HBP.

Conscientes de tal necesidad, las sociedades científicas de atención primaria (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Asociación Española de Urología (AEU) elaboraron este documento de consenso. A los pacientes con IPSS<8 se los deberá mantener en vigilancia y evaluar anualmente; en los pacientes con IPSS 8-20, si el tamaño de la próstata es pequeño, se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa y evaluación al primer y tercer mes, si el tamaño de la próstata es grande se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa o inhibidores 5-alfa-reductasa y evaluación al tercer y sexto mes.

En este documento se establecen unos criterios de derivación al urólogo claros, que facilitan el tratamiento de este tipo de pacientes. Se derivarán al urólogo aquellos pacientes con HBP que no presenten mejoría al tercer mes de tratamiento con bloqueadores alfa, o al sexto mes de tratamiento con inhibidores 5-alfa-reductasa.

Se derivarán también los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior en los que se observe algún hallazgo patológico durante el tacto rectal, IPSS >20, PSA >10 ng/ml o PSA >4 ng/ml y PSA libre <20% o pacientes con edades <50 años y sospecha de HBP, así como aquellos pacientes con alguna complicación urológica.

Pertinencia del proyecto

Actualmente la prescripción de este tipo de tratamientos se ha generalizado sin analizar la conveniencia de mantenerlos o retirarlos si resultaran ineficaces. A pesar de disponer de la herramienta simple (encuesta IPSS) no se ha llegado a implantar en la clínica diaria.

El objetivo del proyecto es comprobar en pacientes sintomáticos no tratados la evolución del indice IPSS (recomendado en el documento de consenso de las sociedades científicas) previo y a los tres meses del tratamiento, con la finalidad de valorar la adecuación del tratamiento, disminuyendo si es posible el numero de tratamientos ineficaces.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación del protocolo HBP del Sector II a Atención Primaria .
Racionalizar el gasto farmacéutico en pacientes con HBP, al retirar tratamientos ineficaces .
Conocer la presencia de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas

MÉTODO
1-Presentación del proyecto en el CS .
2-Entrega de la tabla de recogida de datos .
3-Cumplimentación de encuesta IPSS autoadministrada en la visita inicial del paciente con clínica compatible con HBP y evaluación de necesidad de tratamiento.
4-Revisión de los pacientes a los tres meses con nueva encuesta IPSS y valoración de continuidad de tratamiento .
5-Recogida de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas
6-Análisis de los resultados.

INDICADORES
1-Pacientes que completaron encuestas y el periodo de tratamiento / Número total de pacientes a los que se les oferta el estudio.
2-Número de pacientes con mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
3-Numero de pacientes sin mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
4-Tasa de abandonos por efectos secundarios o interacciones/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
5-Numero de tratamientos innecesarios / Número total de pacientes a los que se realiza IPSS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

```
DURACIÓN
Presentación del proyecto en mayo 2018
Se realizará la captación de pacientes, tras realizar encuesta IPSS desde mayo hasta noviembre de 2018 .
En diciembre 2018 se realizará análisis de los datos 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 - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA
GARCIA NAVALON PILAR
GRIMAL ALIACAR FERNANDO
MOYA PEREZ MARIA PILAR
RODENAS FERRANDO URSULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó a la Dirección de AP y Unidad Docente un dermatoscopio para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto “TELEDERMA”. Se dotó de un dermatoscopio DL 200 Hybrid que comenzó a utilizarse por los profesionales formados. Posteriormente se adquirió la cámara fotográfica que se está utilizando en el proyecto telederma.

Entre los meses de febrero y junio, se impartió un programa formativo inicial, en el que se abordó la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Posteriormente se impartieron sesiones de refuerzo y resolución de dudas. En total se impartieron 11 sesiones, 10 de ellas acreditadas. Se solicitó la acreditación de 8 sesiones formativas concediéndose acreditación con 1.6 créditos (exp. 02 0004 04 0200A) y posteriormente 2 de refuerzo con 0.4 créditos (exp 8561).

Por parte de la Dirección de AP/Servicio de Dermatología se impartió una sesión informativa sobre el proyecto piloto “TELEDERMA” con el fin de organizar su implantación en el centro de salud, con explicación de la plataforma informática donde subir las imágenes y el modo de realizar las interconsultas, con la creación de una agenda específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha solicitado adquisición de dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
Se solicitó la adquisición de un dermatoscopio a través de la unidad docente y dirección de AP. El dermatoscopio empezó a utilizarse en el centro en el segundo semestre del 2018.

nº sesiones sobre dermatología y uso dermatoscopio impartidas por el EAP. Estándar> 10 sesiones/año
Se han impartido 11 sesiones

nº de asistentes a las sesiones promedio. Estándar >50% de médicos del EAP. Promedio de asistentes: 17.5

Otros, dependientes del SALUD, Dirección AP y Servicio de Dermatología para implantación “TELEDERMA”:

Se ha facilitado material para implantación (Dermatoscopio, cámara de fotos): Si

Existe aplicación informática para la realización de interconsultas virtuales adjuntando fotos clínicas y dermatoscópicas: Si

Nº de reuniones/sesiones formativas mantenidas con el EAP.: 11 sesiones de formación en dermatología clínica/dermatoscopia y una con informáticos para explicar uso y circuito de telederma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del dermatoscopio ha permitido adquirir mayor seguridad a los médicos de familia en el manejo de algunas patologías dermatológicas y ha permitido mejorar la formación en dermatología de los residentes. No se ha evaluado la precocidad de los diagnósticos realizados respecto a la no utilización del dermatoscopio.
Con la implantación paulatina de TELEDERMATOLOGÍA existe el consenso entre los médicos de familia implicados y el servicio de dermatología que es un proyecto que mejora la asistencia a los pacientes con elevada satisfacción por parte de los mismos y de los profesionales implicados.
Expandir la TELEDERMATOLOGÍA CON DERMATOSCOPIA al resto de centros de salud puede mejorar el diagnóstico precoz de diferentes patologías y ayudar a disminuir la lista d espera en esta especialidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/891 ========== ***

Nº de registro: 0891

Título
FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Autores:
BONA GARCIA JAIME, ARQUILLUE VARONA SARA, BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA, GARCIA NAVALON PILAR, GRIMAL ALIACAR FERNANDO, MOYA PEREZ MARIA PILAR, RODENAS FERRANDO URSULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

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

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

PROBLEMA
La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

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

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

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.

La regla de predicción ABCDE no es útil para para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados.

Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

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

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.
Secundario: Adquirir conocimientos para participar en proyecto TELEDERMA

MÉTODO
Solicitud a la Dirección de AP y Unidad Docente de dermatoscopios para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto "TELEDERMA".

Programa formativo inicial en el que se abordará la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Se solicitará acreditación para dicha formación. (enero-marzo).

Sesiones formativas de refuerzo basadas en casos clínicos con el fin de asentar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hayan surgido con el uso del dermatoscopio. (mayo-octubre).

Sesión informativa sobre el proyecto piloto "TELEDERMA". Posteriormente se realizará otra sobre la toma de imagen digital para optimizar el uso de "TELEDERMA". (Dirección AP/Servicio Dermatología)

INDICADORES
Solicitud dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
nº sesiones impartidas por el EAP. Estándar> 10 sesiones/año
promedio asistentes sesiones. Estándar >50% del EAP.

DURACIÓN
Solicitud dermatoscopio. (P García, S Arquillué, J Bona)
Sesiones formativas iniciales: Ene-Mar 18. Recopilación información y preparación. F Grimal, Ú Ródenas, P Moya, A Berné. Impartidas por J Bona.
Sesiones formativas posteriores: May- oct 18. Recopilación de información y preparación. S Arquillué, Ú Ródenas, P Moya, A Berné, J Bona. Impartidas por Jaime Bona
Participación TELEDERMA (jun-dic), dependiente de SALUD/Dirección AP/Servcio Dermatología/EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES MUSEROS SOS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SERRA LAURA
TEJADA DE LOS SANTOS LAURA
SARVISE MATA MARIA
FRAILE MUÑOZ ALBA
GARCIA RODRIGUEZ JAVIER
URDIN MUÑOZ BLANCA
CASASNOVAS NAVARRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Hemos creado el blog “Fuentes Norte” para dar visibilidad a las actividades que se realizan en el Centro de Salud y aportar consejos sanitarios.
-Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos hemos coordinado para hacer los posts quincenales y hemos hecho reuniones de equipo frecuentemente.
-De forma programada, entre todos los participantes, se ha planificado un orden de publicaciones para subir las entradas al blog y, así, actualizar las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, dar información sobre patologías prevalentes en cada momento y añadir nuevos enlaces de interés sanitario.
-Hemos realizado una encuesta en formato papel y virtual para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog, ver la frecuencia con la que han accedido y si han sido de utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Hemos alcanzado tres de los cuatro objetivos (dar visibilidad a las actividades del centro, poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado y realizar educación para la Salud fuera de la consulta).

El cuarto objetivo (crear un espacio virtual en la comunidad), está en desarrollo debido a que todavía no tenemos los permisos pertinentes para que exista un feed-back entre pacientes y profesionales.
-Se han realizado 57 entradas tratando diversos temas: enfermedades crónicas, actividades realizadas en la comunidad, prevención y promoción de la salud (dejar de fumar, taller de espalda sana, antibióticos, charlas gratuitas de salud mental, gripe, alimentación y ejercicio...).
-Para evaluar si los pacientes realmente leen y entienden los posts, periodicidad con la que acceden al blog, qué entradas les han gustado más, cuáles nos sugieren estudiar para “colgar” en el blog y tipo de pacientes que lo visitan; hemos realizado, como teníamos previsto, encuesta en formato papel y virtual obteniendo los siguientes resultados de las 100 primeras:

-Más del 60% (61%) de las personas que han respondido las encuestas, son mujeres.
-Más del 75% (78%) de personas que han respondido las encuestas, entra menos de una vez al mes en el blog.
-Han visitado y aprovechado los contenidos del blog en su vida cotidiana un más de un 75% (77.7%) de las personas que han respondido las encuestas.
-Los 3 posts más visitados han sido “Colesterol, ¿Qué sabemos?”, “Campaña antigripal” y “Despierta desayuna”.
-Los pacientes nos han sugeridos muchísimos temas de los que les gustaría que les informásemos. Algunos de ellos son: sugerencias de dietas a seguir, ejercicios en casa, osteoporosis, cómo cuidar a nuestros mayores, psoriasis, diabetes y un largo etcétera.
-De la encuesta, las 4 últimas preguntas son un pequeño test para ver si los pacientes entienden el material del blog o no. Podemos concluir que más del 80% (82.4%) han respondido correctamente el test, por lo que se deriva que en general los pacientes entienden y recuerdan los posts cuando los leen.

Las encuestas en papel las repartimos a los pacientes aprovechando cuando vienen a las consultas de enfermería o medicina. Para acceder a la encuesta vía virtual, los pacientes tienen un enlace directo desde el blog a un formulario GoogleDrive sencillo que constaba de 10 preguntas.
Dado que el análisis y resumen de los resultados, son analizados de manera automática por GoogleDrive, pasamos las encuestas obtenidas en papel al cuestionario online y así los resultados obtenidos en la carpeta de Drive, son de la totalidad de las encuestas recogidas, no solo de las hechas vía virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El blog está vivo y en constante actualización (colgamos posts cada dos semanas) pero, a pesar de haber intentado darle difusión, hemos encontrado dificultad para dar a conocer el blog y que los usuarios lean nuestras entradas. Consideramos que puede influir en este factor, la edad, el nivel cultural de nuestra población...
Al ser conscientes de este problema, hemos tratado de solucionarlo contactando con otras asociaciones y servicios del barrio para trabajar en red.

Tener que realizar publicaciones quincenales, nos ha estimulado a identificar las posibles demandas y/o necesidades de los pacientes en nuestra consulta diaria, centrándonos en las mismas para redactar nuestros posts.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Como objetivos futuros de mejora de este proyecto, debemos centrarnos en buscar métodos de difusión adaptados a este tipo de población.

Consideramos que una segunda mejora sería la participación activa de todos los profesionales de nuestro centro de salud. Para poder llevar a cabo este tipo de proyecto, creemos que es imprescindible una buena coordinación y motivación tanto por parte de la población como del equipo de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Autores:
MUSEROS SOS DOLORES, RODRIGUEZ SERRA LAURA, TEJADA DE LOS SANTOS LAURA, SARVISE MATA MARIA, FRAILE MUÑOZ ALBA, GARCIA RODRIGUEZ JAVIER, URDIN MUÑOZ BLANCA, CASASNOVAS NAVARRO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Varias patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Facilitar información sanitaria y facilitar la comunicación entre personal médico y pacientes
---
Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La deficiente educación sanitaria conlleva unos costes sanitarios elevados y en muchas de las ocasiones innecesarios. Mediante la información divulgada en el blog pretendemos que la población pueda conocer de manera fácil, rápida y gratuita los problemas de salud más prevalentes; cómo abordarlos y cuándo es necesario consultarlos con su médico. Además, pueda disponer de información actualizada sobre los recursos disponibles en el barrio de las Fuentes y pueda tener acceso a páginas web de interés socio-sanitario a través de enlaces directos proporcionados a las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Dar visibilidad a las actividades del centro.
-Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad.
-Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
-Educación para la Salud fuera de la consulta.

MÉTODO
-Actividades: Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos coordinamos para hacer los posts bimensuales y hacemos reuniones de equipo frecuentemente.
-Oferta de servicios: De forma programada (mínimo cada 15 días) se actualizan las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, se da información sobre patologías prevalentes en cada momento y se añaden nuevos enlaces de interés sanitario.

INDICADORES
Realizaremos encuestas aleatorias a la población del barrio de Las Fuentes sobre los contenidos de la website para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog y ver si les han sido de utilidad.

DURACIÓN
-El blog nació en agosto del 2017 y se ha ido actualizando cada 15 días.
-Presentamos nuestro proyecto al equipo de nuestro centro de salud para darlo a conocer y recibir su aprobación el día 2 de agosto.
-Iniciamos la creación de la plataforma virtual el 16 de agosto.
-Durante los meses de septiembre a diciembre, estuvimos a la espera de la aprobación por parte de dirección del sector II.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

-Posteriormente y una vez con la aprobación del Salud, hicimos una nueva reunión de equipo para presentar las normas de publicación e iniciar la promoción a los pacientes del blog mediante carteles, tarjetas...
-El calendario previsto para este 2018, es continuar con posts cada 2 semanas y al final de año realizar las encuestas de evaluación a los pacientes.

OBSERVACIONES
La experiencia está siendo enriquecedora, ha sido gratificante ver cómo iba tomando forma y crear algo desde cero.

Fue duro y desmotivador ver parado todo el trabajo realizado por temas burocráticos y no haber podido lanzarlo a la web durante meses, y que además no nos permitan hasta la fecha que los pacientes puedan hacer preguntas o comentarios sobre los posts.
La encuesta final también nos podría servir para preguntar a los pacientes si les gustaría hacer algún cambio o mejora en la plataforma y para que nos hiciesen sugerencias sobre que actividades o posts añadir.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0610

1. TÍTULO

FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

Fecha de entrada: 28/01/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Selección de pacientes diabéticos, formación de los pacientes en diabetes y en técnicas de comunicación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reforzado laacción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2. Creando un grupo empoderado y compacto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos todos los profesionales gratamente satisfechos con el grupo creado y su cohesion

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/610 ========== ***

Nº de registro: 0610

Título
FORMACION DE PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GARCIA MUÑIO RUBEN, CILLERUELO ENCISO SILVIA, SASTRE MOHAMED SARA, GIL FERNANDEZ INMACULADA, EZQUERRA ABION CRISTINA, GARCIA SORIANO JUAN MANUEL, CALERO FERNANDEZ ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

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

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. En la actualidad la diabetes es un serio problema de salud en el mundo occidental y un problema de salud mundial que afecta a unos 382 millones de personas en todo el mundo, y se espera que aumente a 592 millones en 2035.

Según el estudio di@bet.es elaborado por CIBERDEM, la prevalencia total de diabetes mellitus (DM2) sitúa a España en 13,8%, (más de 5,3 millones de personas). De este porcentaje, un 7,8% corresponde a casos de DM2 conocida (casi 3 millones de personas), mientras que un 6% de la población española desconoce que sufre esta patología (más de 2,3 millones de personas).

Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una participación tanto individual como colectiva en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0610

1. TÍTULO

FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

la salud. En este contexto, y en conjunción con un creciente interés por la promoción y la protección de los derechos del usuario, en la década de 1980 se acuña por primera vez el término «toma de decisiones compartida». Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. Estamos hablando, en definitiva, de un cambio de paradigma del Sistema Sanitario en su conjunto, hacia una atención centrada en la persona.

La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes.

De hecho, los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación entre iguales y de los programas tipo «paciente experto o activo». No obstante, en nuestra Comunidad autónoma no existe ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos un proyecto en dos fases, durante la primera fase (2018) se planificará el proyecto de educación a pacientes diabéticos y se dotará de sesiones formativas a los pacientes líderes. La segunda fase (2019) se realizará la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos, para su posterior evaluación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
-Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Objetivos secundarios Primera Fase:
-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en los pacientes activos.
-Adquirir técnicas de comunicación por parte del Paciente Activo

MÉTODO
-Elaboración de un proyecto de formación a Pacientes Activos, duración y contenido.
-Formación a pacientes para conseguir líderes en educación en diabetes

INDICADORES
-Evaluación en conocimientos de los Pacientes Activos antes y después de la intervención, mediante encuesta validad con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior
-Mejor control metabólico de la HglA1c, con disminución de un 0,5% en los Pacientes Activos, pre y pos formación.
-Evaluación de técnicas de educación, por medio de videos pre y pos formación.

DURACIÓN
-1er semestre 2018: elaboración del proyecto, reuniones con activos de la comunidad y de la Asociación de diabetes. Selección de pacientes
-2º semestre 2018: formación en diabetes y técnicas de comunicación del grupo seleccionado.

OBSERVACIONES
El proyecto se remitirá a la CEICA para su aprobación

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ANDRES AGORRETA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY
FORMENTO MARIN NATALIA
GARCIA JULVEZ MARIA
GARCIA MUÑIO RUBEN
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA AMPARO
ARMALE CASADO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio y se ha establecido una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto.
Mediante una sesión, se amplió el conocimiento sobre las características sociodemográficas de la Zona Básica de Salud de Las Fuentes Norte.
También se delimitó el área geográfica que íbamos a mapear y se repartió en diferentes grupos de trabajo que salieron a mapear.
Conforme se iban identificando los recursos, se comprobaba en internet si tenían página web, para ampliar la información. Además, algunos de ellos se visitaron para ampliar la información sobre los recursos o actividades que ofrecen al barrio.
Por último, se compuso un mapa virtual, en la plataforma Google Maps y se presentó a todo el equipo participante y a los profesionales del centro de salud y se colgó una entrada y el enlace en el blog del centro de salud y se difundió entre los vecinos del barrio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la encuesta de satisfacción que se entregó a todos los participantes al finalizar el proyecto, las sensaciones habían sido muy buenas para todos. El equipo sentía una mayor pertenencia al barrio y el centro de salud parecía más accesible y cercano a los recursos del barrio.
Los indicadores, a pesar de su dificultad para su valoración, se han cumplido satisfactoriamente:
En cuanto al Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90% El mapa vitual está abierto a modificación y de momento, ningún vecino ni profesional ha añadido ningún recurso más tras su elaboración. Por lo que creemos que se han identificado la mayoría de recursos.
Otro indicador, Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la
reunión x100.
Estándar: 90% Se ha superado el estándar previsto, ya que en todas las reuniones han asistido el 100% de las personas convocadas.
Y por último, Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%
Las visualizaciones que tiene el blog actualmente son: 2893 visitas, un número mayor de lo esperado desde su creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La bibliografía consultada, insistía en emplear una metodolgía participativa con la comunidad y a pesar de haber hecho participes a numerosas entidades del barrio, el desarrollo del proyecto ha sido en su mayoría llevado a cabo por el grupo promotor por falta de tiempo y difícil coordinación. Por lo que, una lección aprendida para futuros proyectos comunitarios, es intentar aumentar la participación ciudadana, pero en el plazo de un año es casi imposible comenzar y terminar un proyecto comunitario junto con el resto de nuestro trabajo diario en consulta.
Pero la satisfacción del personal que ha participado nos lleva a quedarnos con las ganas e ilusión de seguir realizando proyectos parecidos al mapeo de activos y de seguir en comunicación y trabajando en red, por una salud comunitaria mejor.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/687 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Nº de registro: 0687

Título
MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Autores:
ANDRES AGORRETA PATRICIA, APARICIO JUEZ SARAY, FORMENTO MARIN NATALIA, GARCIA JULVEZ MARIA, GARCIA MUÑIO RUBEN, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA AMPARO, ARMALE CASADO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Promocion salud y trabajo en red

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

PROBLEMA
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.
Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.
Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta poderosa para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.
El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).
Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.
Como hemos citado anteriormente, existe diferencias socioeconómicas entre ambas zonas básicas de salud siendo, peores los resultados en desempleo, trabajos eventuales, instrucción insuficiente… en Las Fuentes Nortes respecto a Torre Ramona.

También se observan diferencias en los resultados de salud de ambas comunidades, presentando una población de enfermos de mayor complejidad en las Fuentes Norte.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.
-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.
-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.
-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población

MÉTODO
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.
Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras capacidades, recursos y población:
1. Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
2. Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
3. Delimitar el área geográfica.
4. Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
5. Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
6. Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
7. Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
8. Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

INDICADORES
- Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

- Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90%
- Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.
Estándar: 90%
- Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%

DURACIÓN
El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.
En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.
En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.
Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.
En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.
Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.
Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 26/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES AGORRETA PATRICIA
FORES CATALA AMPARO
LAMBAN CASAMAYOR ELISA
CILLERUELO ENCISO SILVIA
ABAD HONTORIA ANGEL
GASPAR CALVO ELENA
MARIN IBAÑEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo los paseos programados durante el año 2018. Cabe recordar, que “Las Andarinas del Tranvía” es una actividad que se realiza todos los lunes no festivos de septiembre a junio. Se planteó desde los Centros de Salud apoyar la actividad acudiendo 2 lunes al mes.
Se decidió en una reunión mantenida con el Centro de Recursos Comunitario El Tranvía (CRCT) realizar una planificación de los días que se acudiría desde el Centro de Salud. Desde septiembre de 2018, se ha elaborado un plan con las fechas y los profesionales encargados del paseo, algo que profesionales y usuarios han valorado positivamente.
Además de acompañar a las Andarinas en sus paseos, se realiza una breve intervención educativa sobre temas de salud y se finaliza con ejercicios de estiramientos.
Los temas que se han tratado durante el 2018 son los siguientes:
Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes.
Beneficios del agua.
La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.
La gripe: prevención y cuidados.
Diferencias entre artrosis y artritis.
Beneficios del ejercicio físico.
Las rutas que se han realizado son las siguientes: “Camino de la Alfranca”, “Ruta de los Puentes”, “A orillas del río Gállego” y “Soto de Cantalobos”. Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes.
La ruta de los Puentes consiste en andar a orillas del Ebro por ambas márgenes del río, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.
Los lunes, que la lluvia impidió salir a caminar, se realizó la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y se practicaron estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.
Además de los paseos, se llevaron a cabo 2 Talleres, uno de “Espalda Sana” dirigido por uno de los fisioterapeutas del centro, y otro de “Reanimación Cardiopulmonar” (RCP) por los residentes de enfermería y medicina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Encuesta de Satisfacción

Los datos recogidos, a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas. En la valoración global de la actividad, las participantes la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.
Los profesionales, que participan en el proyecto, valoran la actividad como satisfactoria. Además, se ha conseguido una coordinación efectiva y la implicación de todos sus miembros.

Evaluación de Actividades
“Los Paseos” han sido evaluados por un observador participante por medio de una rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:
El número de participantes en los paseos va de 13 a 35.
A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos “las Andarinas” suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas como: eficacia de las leches fermentadas y bebidas para bajar el colesterol, dieta para la hipertensión o para perder peso, cómo actuar ante una hipoglucemia, cuáles son las reacciones adversas de la vacuna antigripal, cuidados de la diabetes y dudas sobre la técnica de inyección de insulina, cuidados con el colesterol o si el agua puede ser sustituida por zumos o infusiones.
Las Andarinas tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, la necesidad de beber 2 litros de agua y comer 5 raciones de fruta/verdura al día.
También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con

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

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.
Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales se puede decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador.
"Los Talleres" fueron evaluados mediante encuesta y observador, en general, la evaluación fue muy positiva.
Solicitan realizar el taller de RCP cada año para afianzar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana solicitan realizar más sesiones.

Valoración de hábitos de las Andarinas
En septiembre de 2018, en el inicio del curso para "Andarinas", se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida:
De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes.
El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%).
En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.
Con respecto a los indicadores planteados:
Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó un registro de las asistentes en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un contaje de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre han asistido el 50% de las participantes en un 100% de los casos.
Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): hasta el momento un 67.6% participantes.
La encuesta de hábitos de vida se recogió en septiembre (inicio de curso). Al final del curso en junio de 2019, se les preguntará en la encuesta de satisfacción por la frecuencia con la que realizan ejercicio, para ver si ha aumentado desde el inicio de curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente realizar la encuesta de satisfacción y valorar la cantidad de ejercicio físico que realizan a la semana al acabar el curso de "Andarinas" en junio de 2019. Con esto pretendemos objetivar, si acudir a un grupo de paseo una vez por semana, ayuda a aumentar la frecuencia de ejercicio semanal.
Un aspecto pendiente de mejorar, es la integración en el mismo grupo, de participantes que tienen un ritmo más rápido de caminar con los que lo tienen más lento.
Durante el año 2019, se pretende consolidar el grupo de Andarinas como Escuela de Salud, incorporando de forma sistemática los temas de salud tratados durante los paseos, implicando en el desarrollo a las propias Andarinas.
Se va a coordinar la realización de un paseo conjunto junto con otras actividades con otros grupos del barrio, en lo que hemos llamado "Las Fuentes en Marcha".
Por último, se valorará la Calidad de Vida y el Nivel de Estrés de las Andarinas a través de escalas validadas, ya que para este año se va a tratar, por petición de las Andarinas, el tema de la ansiedad y el aspecto emocional, tanto en un Taller de Relajación como en los temas abordados en los paseos.
Tanto Andarinas como participantes de los Centros de Salud consideran la relación de grupo que se crea con la actividad una buena herramienta para combatir la soledad y mejorar la calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0702

Título
PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

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

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Otro tipo Objetivos:

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

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

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

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas Fuentes Norte se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 24/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA DE LOS SANTOS LAURA
GARCIA RODRIGUEZ JAVIER
ARRATA LINARES ROSARIO
INEVA SANTAFE MARIA CARMEN
SARVISE MATA MARIA
URDIN MUÑOZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El tabaco es la segunda droga más consumida, sólo por detrás del alcohol, tanto en población adulta como en población adolescente, con prevalencias superiores en Aragón a las del conjunto de España (23.1% de la población) y es la causa aislada más importante de morbimortalidad prematura prevenible en los países desarrollados.
En cuanto a las embarazadas españolas, el 33% fuma antes del embarazo y aunque el 25 % abandona el hábito durante la gestación, hasta el 80% recae en los dos años posteriores. Respecto a Aragón el 20% de las gestantes fuma, con la consecuente repercusión sobre su salud y la de su futuro hijo.
Las actividades del proyecto surgen al priorizar las intervenciones sobre el tabaquismo, en línea con el planteamiento de la Estrategia nacional sobre adicciones ENA 2017-2024, que contempla el abordaje de las drogas legales, incluido el tabaco, como uno de sus cuatro ejes fundamentales de actuación, destacando la importancia de Atención Primaria (AP), como puerta de entrada al sistema sanitario, y de las acciones comunitarias de prevención en el ámbito local, fundamentalmente en menores y mujeres, en especial en edad reproductiva y embarazo.
Por otro lado, pese a que la actuación sobre el tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, en nuestro Centro de Salud (CS) se constata una actuación insuficiente sobre el mismo, tanto en la captación como en la intervención, extensible al resto del sector Zaragoza II y a Aragón, como muestran los indicadores de evaluación de actividad profesional de AP sobre el tabaco, incluidos en los Acuerdos de Gestión:
-Detección Tabaco: Que en febrero del 2018 era del 68% en Aragón, 72% en Zaragoza II y 63% en el CS Las Fuentes Norte.
-Intervención sobre tabaco: Que en igual fecha fue de 36% en Aragón, 44% en el Sector Zaragoza II y 39% en el CS.
Es el momento de plantearse las posibilidades de mejora en la actuación sobre el tabaquismo desde AP en general y si la gestación favorece la intervención antitabaco desde este ámbito en particular.
Los objetivos de intervención contemplados fueron:
• Objetivo general:
Reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el CS Las Fuentes Norte y el mantenimiento del cese tras el parto.
• Objetivos específicos:
- Prevención del tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
- Promoción del abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco, y orientando a la fumadora en la deshabituación.
- Visibilización de las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

Con las actividades planteadas en este proyecto, hemos querido abordar la prevención, sin dejar de cubrir los circuitos de deshabituación, para contemplar todas las posibles intervenciones comunitarias que persiguen finalmente disminuir el tabaquismo.
Tanto en la prevención del tabaquismo como en la deshabituación tabáquica, el pilar de intervención es la educación sanitaria.
Para esta educación sanitaria y para el consejo antitabaco planteamos actividades de intervención comunitaria y actividades asistenciales, mientras que la deshabituación la centramos en la actividad clínica.

? Descripción de actividades:
Como ya especificamos en la descripción del proyecto, establecimos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en “EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL” de nuestro CS. Dicho circuito fue difundido al Equipo de AP (EAP) mediante sesión clínica e incluía las siguientes actividades.
• En la captación, realizada por la matrona:
- Facilitación de consejo antitabaco.
- Evaluación del consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
- Identificación de la situación de la embrazada respecto al consumo como no fumadoras, o exfumadoras (de más de un año) y fumadoras, elaborándose listados específicos.
- Oferta a todas las gestantes de la actividad de intervención grupal y a las fumadoras de la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

antitabaco, y orientación para citación en agendas específicas, al servicio de admisión.
• En el total de embarazadas:
o En consulta:
? La matrona: En todas sus valoraciones (1º, 2º, 3º trimestre y preparación al parto)
- Reiteración de consejo antitabaco (intervención breve) reforzando la conducta de no fumar y el ambiente libre de humo y promoción de la asistencia a las intervenciones grupales.
- Derivación a consulta antitabaco específica para intervención intensiva, a las gestantes y convivientes que soliciten apoyo para la deshabituación, mediante citación en el Servicio de Admisión en agenda específica.
? Pediatría:
- Reiteración de consejo antitabaco (intervención breve) reforzando la conducta de no fumar en la puérpera y en su entorno familiar.
o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres), realizada por el grupo de intervención.
- Captación telefónica para la intervención grupal, como refuerzo de la orientación de la matrona, a todas las gestantes captadas en el mes y familiares convivientes y futuros cuidadores del recién nacido. Dicha captación se empleó a modo de consejo breve para el abandono del tabaco y promoción de ambiente sin humos.
- Talleres de intervención comunitaria (tras la captación y previa al parto).
• En las embarazadas fumadoras:
o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
- Reevaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
- Estudio del hábito tabáquico y factores asociados, para establecer prevalencias y tipología de la gestante fumadora, con el objeto de evaluación y establecimiento de estrategias futuras de intervención.
- Asistencia en la deshabituación mediante intervención intensiva psicosocial de tipo conductual, según protocolo específico de OMI-AP, suplementado por la adaptación de la “Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30 de la semFyC”, con apoyo farmacológico con Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) si fuera necesario.
- Refuerzo con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, realizado por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses mediante llamada telefónica.
- Refuerzo de la conducta de no fumar y del ambiente familiar libre de humos.

a) Respecto a la intervención Grupal:
Constituía la parte especifica de intervención comunitaria, fundamentada en la educación sanitaria con objetivo de promocionar el ambiente libre de humos e iba dirigida a la embarazada y su entorno familiar.
Elaboramos 2 talleres de intervención grupal, con soporte audiovisual, para realizar a la captación (perseguía exponer el efecto nocivo del tabaquismo activo y pasivo para la embarazada y el feto) y previa al parto (incidía en los efectos nocivos sobre el futuro hijo, reforzando la necesidad de mantener la abstinencia por parte de la madre y convivientes)
Inicialmente se planteó en una frecuencia de 2 sesiones al mes, que terminó reduciéndose a una mensual por falta de asistencia.
Fueron realizadas por el equipo en la sala de reuniones del CS en horario de mañana y tarde.
b) Respecto a la intervención clínica:
Se insistió en la importancia de la evaluación del hábito y en su caso de la intervención, priorizando la intervención breve a través de consejo sanitario claro, directo y personalizado y explicando el manejo de las herramientas disponibles entre los profesionales del EAP mediante sesión clínica.
Además, se expuso el proyecto de intervención sobre tabaquismo de la embarazada en nuestro CS.
Elaboración de la herramienta de Intervención
En nuestro soporte informático OMI-AP disponemos del Servicio 304-Prevención Enfermedades Cardiovasculares, con el PC-ADULTO HABITOS TOXICOS, donde se evalúa el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y del Servicio 319-Atención al Paciente Dependiente del Tabaco, activo tras creación de un episodio de TABACO (CIAP P17) y que consta de cuatro posibles actividades
- PC-TABACO ORIENTACIÓN. Anual
- PC-TABACO INTERVENCIÓN BREVE. Semestral
- PC-TABACO INTERVENCIÓN INTENSIVA. Anual
- PC-TABACO SEGUIMIENTO. Cuatrimestral

Conscientes de la necesidad de una intervención intensiva en la población de embarazadas seleccionada y de las carencias de nuestro soporte OMI-AP para ello, decidimos reforzarlo con la Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30 de la semFyC.
Comenzamos por comparar ambas herramientas, de modo que en la Metodología 1-15-30, observamos que la primera parte podría corresponder al PC-TABACO CAPTACION y a partir del test de Fagerstrom al PC-TABACO INTERVENCION INTENSIVA.
Decidimos suplementar contenidos, conformando la documentación empleada “Metodología 1-7-15-30-90 del CS Las Fuentes Norte “, con soporte de información por escrito, elaborada por el equipo de intervención (Anexos1-11) y ante la necesidad de apoyo farmacológico con TSN un consentimiento informado (Anexo 12).
Este material tenía que testarse en la consulta, para lo que empleamos pacientes fumadores no embarazadas.
? Duración y cronograma
- Diseño del proyecto y aceptación por calidad: 05-06/2018
- Presentación al EAP y creación de agendas: 07/2018
- Elaboración del material: 08-09/2018
- Implantación de actividades: 09/2018 a 01/2019
- Registro, análisis, evaluación de resultados y conclusiones: 02/2019.
La elaboración del proyecto, aceptación por calidad, presentación al equipo y elaboración del material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

retraso la puesta en marcha de las actividades a septiembre de 2018, con tiempo de implantación de solo 5 meses, insuficiente para completar el seguimiento previsto de 12 meses (gestación y tres meses postparto).
? Todo ello realizado por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
a) Respecto a la intervención comunitaria:
La consecución de los indicadores planteados para la evaluación del proyecto fue la siguiente.
• Respecto a la evaluación del diseño: se consiguieron los indicadores propuestos de:
- Inclusión de los integrantes del proyecto en el grupo de Atención comunitaria.
- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.
- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.
- Realización de Mapa de activos.

• En lo concerniente a la evaluación del proceso: Se consiguió
- El diseño del diagrama de flujo y su difusión al EAP.
- Establecimiento de Cronogramas de implementación de talleres, fijados en la semana 4ª de cada mes.
- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro con 2 horas semanales, lunes y martes.
- Registro de actividades mensual.
Respecto a los indicadores propuestos
- I1: Nº de talleres grupales realizados.
Se consiguieron los mínimos planteados de uno al mes.
- I2: Nº de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.
Solo un 10% de las embarazadas seguidas en el centro decidió acudir a la intervención grupal comunitaria.
Los familiares fueron exclusivamente los cónyuges, pese a que se esperaba más asistencia de los futuros abuelos, por mejor disponibilidad horaria.
Por la escasa asistencia se solicitó colaboración a la matrona del CS Torre Ramona, próximo a nuestro CS y del mismo sector, en diciembre de 2018 con derivación mediante documento especifico.
- I3: Nº de talleres grupales realizados por embarazada.
Por la duración del proyecto ha resultado imposible la evaluación de este indicador, que pretendía conseguir 2 talleres por gestante, aunque por la asistencia conseguida en el primer taller, sería previsible la obtención de malos resultados.

• Para la evaluación de resultados nos planteamos evaluar la modificación del tabaquismo pasivo en ambiente familiar, social y laboral tras el parto y al finalizar baja maternal.
Por el momento de evaluación, con solo una muestra de 10 pacientes en puerperio inmediato, no podemos evaluarlo.

b) Respecto a la intervención clínica:
El Método de estudio previsto fue: observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica (HC), y suplementación con encuesta estructurada, dirigida a las pacientes gestantes atendidas en el CS Las Fuentes Norte del sector Zaragoza II de mayo de 2018 a mayo de 2019, teniendo que adelantar su finalización a febrero de 2019.
Respecto a la Población:
• Criterios de inclusión: Inicialmente Gestantes incluidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL del CS, entre mayo de 2018 a mayo de 2019.
Por la escasa captación se hizo extensiva la oferta al CS Torre Ramona a partir de diciembre de 2018, mediante documento específico.
• Criterio e exclusión: Seguimiento de embarazo en sistema privado, imposibilidad de comunicación o negativa expresa del paciente.
Las fuentes de información: fueron la HC y encuesta estructurada, de elaboración propia con datos sociodemográficas y de tabaquismo activo y pasivo.
Tras las actividades descritas se programó la recogida de información en el momento de la captación, en el postparto y a los tres meses previo a la finalización de la baja maternal.
Análisis por paquete estadístico SPSS 2017.
Resultados:
En el periodo mayo de 2018 a febrero de 2019 fueron captadas 81 embarazadas de las que se perdieron 9 por aborto, quedando una muestra final de 72 gestantes sobre las que se realizó revisión de historia clínica en el 100% y encuesta en 82% (59 pacientes).
En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluamos
• Variables sociodemográficas de las gestantes atendidas en el CS.

Las gestantes atendidas en el CS son de edad elevada con una mediana de 31 años y sin antecedentes médicos reseñable en el 72.45%. Tienen un buen nivel de preparación (estudios secundarios o superiores en el 62.1%), en activo en el 74% y con empleo cualificado en el 60.5%. El 34.7% son inmigrantes.
Los datos de inmigración y de actividad laboral son similares a los de nuestro sector Zaragoza 2, mientras que el nivel de preparación se encuentra por encima del sector.
• Grado de tabaquismo de las gestantes, activo y pasivo (familiar, laboral y social)

Respecto al tabaquismo activo en las gestantes, el 68.1% nunca ha fumado, el 13.9% son exfumadoras y fumadoras el 18.1% (15.5% con cese en menos de 12 meses previos al embarazo, 46.15% cese al inicio de la gestación y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

38.46 continúa fumando).
La prevalencia tabaquismo activo en inmigrantes es 8% y en no inmigrantes 23.4%.
No fue posible verificar el no consumo (ocultación) como teníamos previsto, por no disponer de cooximetro.
Y frente al 18.1% de tabaquismo activo, en gestantes se descubre hasta un 83% de tabaquismo pasivo, tanto en ambiente familiar (54.2%), social (49.2%) como laboral (39%).

• Indicadores de cobertura de intervención sobre tabaquismo activo.
- I4: Detección de tabaquismo en gestantes.

I4: nº de fumadoras con episodio de tabaquismo abierto/Total de embarazadas fumadoras atendidas en el CS (N) x100
En las gestantes fumadoras, solo el 23% tiene el episodio de dependencia tabaco abierto previamente a la captación y en un 38.46% no se abre episodio después de la misma. O, dicho de otro modo, en las gestantes fumadoras que no tienen episodio de tabaquismo abierto en la captación (aproximadamente un 62%) hasta en el 50% no se abre.

- I5: Intervención sobre el tabaquismo de la gestante

I5: nº de fumadoras que han recibido intervención breve o intensiva/Total de embarazadas fumadoras atendidas en el CS (N) x100
Hasta en un 33.3% no se interviene sobre el tabaquismo de la gestante. La intervención más frecuente es el consejo breve 58.3%, (realizado por DUE 62.5%, Matrona 12.5, MAP 25%).
Del total de embarazadas fumadoras, solo una acudió a consulta antitabaco específica para intervención intensiva, sin completar la intervención ni conseguir la deshabituación.

• Indicadores de resultados.
- I6: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo

I6: nº fumadoras previo al embarazado (na)–nº fumadoras al final del embarazo (nb)/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x100
Nuestras gestantes fumadoras dejan de fumar en el 46.2% y todas ellas en el primer trimestre, en línea con resultados de nuestro sector. Además reducen en un 30.8% y siguen fumando en un 23%.

- I7: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico

I7: nº exfumadoras al final del puerperio (nc)/nº de exfumadoras al final del embarazado (na - nb) x100
No evaluado por falta de duración del proyecto.

- I8: Porcentaje de ocultación de consumo.

I8: % de embarazadas con cooximetría positiva – % de mujeres que reconocen hábito por entrevista/Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.
No evaluado por no disponibilidad de cooximetro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por prevalencia y repercusión sanitaria, el tabaquismo supone un importante problema de salud pública, siendo indiscutible la rentabilidad de la intervención sobre el mismo.
Es imprescindible que la comunidad tenga conciencia del riesgo del tabaquismo y que las iniciativas comunitarias tengan un apoyo masivo de la legislación, medios de comunicación y profesionales sanitarios, además de mantenerse varios años con recursos fácilmente disponibles.
Si bien el enfoque comunitario constituye una parte importante de las actividades de promoción de la salud, es desalentador que los estudios de mayor tamaño y mejor diseño hayan sido incapaces de detectar un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Queríamos empezar por asumir la limitación de inferencia de datos de nuestro estudio, por el pequeño tamaño muestral, por lo que no insistiremos en los resultados de prevalencia y socioculturales similares a los de nuestro sector.
Mas bien queremos reflexionar, asumiendo que AP es el lugar idóneo para las actividades de prevención y promoción, sobre las posibilidades de intervención y el empleo de las mismas desde AP durante la gestación, dando por hecho que se trata de un momento de especial motivación para las mujeres, donde serán vistas con regularidad, facilitando una actuación estructurada para evitar el tabaquismo activo y pasivo.
Tras admitir un empleo deficiente de las herramientas clínicas disponibles en nuestro sistema, consideramos necesario la concienciación del personal implicado (matronas, DUE, MAP, pediatras y ginecólogos) y el fomento del empleo de las mismas con formación por un lado y disponibilidad de tiempo por otro, o al menos el recurso de consulta antitabaco específica para ello.
No obstante, tras insistir en estos puntos claves durante nuestro proyecto, no hemos conseguido mejorar los indicadores de detección e intervención y desgraciadamente no existe un indicador de efectividad de intervención, por % de cesación conseguida, por otro lado, imposible de detectar con la configuración de nuestro sistema informático, al carecer de episodio específico de exfumador, lo que constituye un importante obstáculo para la investigación, punto de mejora a considerar en el futuro.
En lo referente a la intervención comunitaria, se convierte en protagonista de nuestro proyecto en cuanto que el tabaquismo pasivo afecta a un porcentaje altísimo de gestantes, muy superior a la del tabaquismo activo (80% frente a 18%).
La escasa respuesta a las actividades propuesta, ha sido objeto de reflexión en nuestro grupo antitabaco, llegando a la conclusión de que puede estar originada fundamentalmente por la falta de conciencia de riesgo, tanto de la embarazada como del entorno familiar próximo, chocando la falta de implicación de los abuelos, futuros cuidadores del niño y sin problema de tiemplo para asistencia al centro.
En definitiva, la intervención antitabaco sobre la gestante, fumadora activa o pasiva, tiene que ser proactiva y sistemática, incluida en nuestra actividad diaria y fundamentada en la protección de la paciente más allá de la de su embarazo, para conseguir el mantenimiento del cese.
Y pese a no haber podido concluir el proyecto en su totalidad, dada la respuesta de la población objeto,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

desgraciadamente la intervención planteada no parece ser rentable mientras se haga en exclusividad en solo un centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/830 ========== ***

Nº de registro: 0830

Título
REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, MONEO HERNANDEZ ISABEL, INEVA SANTAFE MARIA CARMEN, TEJADA DE LOS SANTOS LAURA, MUSEROS SOS DOLORES, SARVISE MATA MARIA, CASASNOVAS NAVARRO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante y la principal causa aislada de morbimortalidad prematura prevenible en los países desarrollados, lo que lo convierte en un importante problema de salud pública. Respecto al embarazo, situación especialmente vulnerable, en España el 33% de las gestantes fuman, 25% abandonan el hábito, pero el 80% recae en los dos años posteriores. En Aragón el 20% de las gestantes fuma.

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivo general: reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el centro de salud Las Fuentes Norte.
• Objetivos específicos:
- Prevenir el tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
- Promover el abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco y orientando a la fumadora en la deshabituación.
- Visibilizar las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

MÉTODO
La integración y continuidad del proyecto será facilitada con la implicación del resto del EAP mediante información sobre el proyecto, capacitación con sesiones clínicas y no sobrecargando su trabajo.
Estableceremos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL de nuestro CS entre mayo de 2018-2019, que incluirá las siguientes actividades:
• En la captación, la matrona:
- Facilitará consejo antitabaco.
- Evaluará el consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
- Identificará su situación respecto al consumo elaborando listados específicos.

• En el total de embarazadas:
Con previsión de 150 a 180 embarazadas, por comparativa con años previos.
o En consulta:
? La matrona: En todas sus valoraciones.
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar y promoviendo la asistencia a las intervenciones grupales.
- Remitirá a consulta antitabaco específica a las gestantes que soliciten apoyo para la deshabituación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

? Pediatría:
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar en la puérpera y en su entorno familiar, y del mismo modo, transmitirá los efectos negativos del tabaquismo pasivo en el feto y recién nacido.
o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres) mediante charlas con soporte audiovisual, realizada por el grupo de intervención, tras la captación y previa la parto.

• En las embarazadas fumadoras:
o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
- Revaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
- Intervención Antitabaco a los 1, 15 y 30 días, según protocolo específico de OMI-AP con apoyo farmacológico con TSN si fuera necesario. Se suplementara con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses.

INDICADORES
• En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluaremos “los indicadores de cobertura de intervención sobre tabaquismo y de resultados”.
- I1: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo
I1: nº fumadoras previo al embarazado (na) –nº fumadoras al final del embarazo (nb) / Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x 100
- I2: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico
I2: nº exfumadoras al final del puerperio (nc) / nº de exfumadoras al final del embarazado (na - nb) x 100
- I3: Porcentaje de ocultación de consumo.
I3: Porcentaje de embarazadas con cooximetría positiva – Porcentaje de mujeres que reconocen hábito por entrevista/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.
• La evaluación de la intervención comunitaria se basará en el grado de desarrollo e integración del proyecto en la actividad habitual del centro, para asegurar su mejora y continuidad.
? Para la evaluación del diseño utilizaremos entre otros la definición del grupo de Atención comunitaria:
- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.
- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.
- Realización de Mapa de activos.

? Para la evaluación del proceso:
- Existencia de diagramas de flujo.
- I4: Número de talleres grupales realizados por embarazada.
- I5: Número de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.
- Cronogramas de implementación de talleres.
- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro.
- Registro de actividades.
? Para la evaluación de resultados incluiremos:
- Grado de intervención en el grupo contabilizando el número de intervenciones por parte de las pacientes.
- Grado de conocimientos adquiridos en talleres y satisfacción, mediante cuestionarios específicos.

DURACIÓN
Se comenzará con la población de embarazadas captadas al inicio del proyecto, con la intención de integrar las actividades de forma mantenida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CHUECA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRAIN DE VAL ANA MARIA
JULIAN CAMPOS JUANA MARIA
MARTINEZ BERMUDEZ MARIA ISABEL
SERNA FORTEA MARIA TERESA
PAJARES CARNERERO LUCILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el mes de enero y febrero se gestaron las actividades que, de forma individual o por parte de la unidad básica asistencial, se iban a realizar, haciendo especial hincapié en los procedimientos a ejecutar por parte de las personas no familiarizadas con este tipo de actividad; evidentemente la auxiliar de clínica estaba mucho más al día, puesto que es parte importante de su trabajo diario.
Entre mayo y junio, en la reunión de control, ya se detectaron problemas que tratamos de resolver; la persona encargada de interactuar con el resto de enfermeras y auxiliar llevaba dos meses en IT por lo que hubo lagunas que a partir de ese momento se intentaron solucionar, integrando con su consentimiento y buena disposición a la enfermera que ocupó su puesto; entre el mes de octubre y noviembre se valoró lo realizado hasta la fecha, con otro inconveniente: la jubilación de la auxiliar de clínica y en diciembre, en la reunión final, discutimos y recopilamos las propuestas de mejora que detallaré más adelante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6. RESULTADOS ALCANZADOS

Con respecto al almacén y botiquín, los resultados han sido correctos: las peticiones de material fungible se hacen con periodicidad mensual mediante SERPA y las de farmacia vía intranet, existiendo un control eficiente sobre los stocks y albaranes de entrega de pedidos de servicios centrales, aunque puntualmente hay problemas de abastecimiento;el control de caducidad sólo ocasionalmente fue muy ajustado, teniendo más que ver con los envíos muy cercanos a dichas fechas que con "despistes" de la persona encargada.

Los carros de urgencias estuvieron bien controlados, con revisiones periódicas, presentando 2/30 incidencias marzo y junio; 4/30 julio y 1/30 agosto y septiembre, quedando tales incidencias y controles reflejados por escrito en el documento correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración de lo "estudiado" hasta ahora es que nuestros objetivos no se han conseguido y que es francamente mejorable el manejo del material en atención primaria.
En este momento y hasta que se inició este estudio, la petición se hace en cualquier papel, escrito por la enfermera de su puño y letra y se queda en el casillero de la auxiliar; si una consulta se comparte por dos e incluso por tres enfermeras, cada una realiza su pedido; hemos elaborado una hoja de petición UNICA por consulta que deberá ser firmada por peticionario y dispensador, indicando claramente, si no es posible el suministro, la causa del mismo. También se intentará controlar la salida de material del almacén en ausencia de la auxiliar con una hoja donde la persona que realiza la retirada de material lo deje registrado .

7. OBSERVACIONES.
Esta memoria ha tenido varios problemas: una IT de una persona que aún continúa y la jubilación de la auxiliar de clínica.
Nos quedan pendientes muchas mejoras, pero una de las que este grupo entiende como prioritaria, es protocolizar el sistema de suministro a las residencias privadas que existen en nuestra zona de salud y que en la actualidad no pensamos se realice con garantías; ya hemos comenzado a esbozar un formato de petitorio que sea más controlador sobre lo que se les entrega y que sea el centro de salud quien decida qué dar y no ellos los que piden, como ahora ocurre. Otro problema de este centro en concreto, es la inexistencia de auxiliar de clínica de forma vespertina, por lo que a veces quien necesita material debe de autoabastecerse; esto, se escapa del control del almacén porque no queda reflejado en ninguna parte y queremos que no sea así.

Entendemos que es posible mejorar el control sobre las entradas y salidas de material del almacén y,con toda probabilidad, esto redundaría en un ahorro que a nuestro criterio es importante.
Tenemos muchas ideas para mejorar y es por eso que deseamos continuar con este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/512 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0512

Título
GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
CHUECA RODRIGUEZ CARMEN, TRAIN DE VAL ANA MARIA, JULIAN CAMPOS JUANA MARIA, GARCIA HERNANDEZ ROSA, SERNA FORTEA MARIA TERESA, PAJARES CARNERERO LUCILA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

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

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Lucila pajares y Ana Train
Urgencias: Unidad básica asistencial (MF/ENF): carmen chueca y rosa garcia
Esterilización: aux. clínica/enfermería: lucila pajares y teresa serna

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
El EAP distribuirá el calendario de la siguiente manera:
Enero y febrero: nombramiento de responsables y formación
Marzo distribucion de proyectos y puesta en marcha del procedimiento
Mayo reunion de control,dudas,aclaraciones y control de registros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

```
Septiembre, control de las actividades realizadas hasta ese momento
Noviembre, indicadores y conclusiones finales
Diciembre, propuestas de mejora

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO FERNANDEZ LAURA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOS CARMEN
BRUN SOTERAS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el inico del 2018 en el mes de Febrero se contactó con el "Grupo el Tranvia" siendo posible inicio y explicación en el mes octubre.
El 24 se inaguro y se realizo la presentación la comunidad, acudiendo representantes de varia comunidades del barrio La Magdalena colegios e institutos y
Colocación de Carteles informativos y las estanterias de libros en el Centro de salud, las estanterias en la sala de espera de pediatria y la de adultos en la entrada del Centro de salud.
Creación en Octubre del Programa fochero y gestion de libros y llegada de los libros solicitados en Mayo .La incorporación a los fichero lo realizan los responsables y tenemos la colaboración de varias personas voluntarias de varias asociaciones de la comunidad, estudiantes de enfermería y varios profesionales del Centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
**La mayoría de los encuestados adultos NO conocen las estanterías de los libros el 65%

**Entran rápido y no se fijan en ellas .

**No saben que pueden dejar libros suyos que no necesiten 100%

**No saben que se los pueden llevar a casa y devolverlos luego el 85%

** El 85% de la sala de Pediatría si conoce el servicio

** En consultas de adultos el 35% si conocen el programa y solo el 10 % de estos lo han utilizado.

** La satisfacción de los que lo han utilizado es Buena / muy buena del 99%,
y creen que mejorara el manejo del silencio en la sala de espera
Libros al Inicio del programa 350 se han reincorporado progresivamente sobre unos 1500 y queda a día de hoy 57 en adultos y 45 en infantil y se siguen incorporando nuevas tandas de libros de asociaciones y particulares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos observado que no hemos informado lo suficiente de este proyecto y no es conocido,sobre todo en la salas de adultos, (independientemente que lo utilicen o no),
Hemos tenido un gran apoyo de todo el Centro de salud y de varias asociaciones y voluntarios para el desarrollo de este programa .
convendria mejora la información posiblemente poniendo carteles en todas las salas de espera,.
Al ser unprograma que continua se propondra las mejoras para elproximo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/634 ========== ***

Nº de registro: 0634

Título
INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA “FUNDACION EL TRANVIA”

Autores:
CUBERO PABLO MANUEL, ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: manejo de silencios en sala de espera
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad en atencion

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

PROBLEMA
Ante la puesta en marcha en el CS Las Fuentes de este programa y dentro de las Actividades de la Atención en la comunidad hemos propuesto la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera;.
la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

MÉTODO
**Ponernos en contacto del responsable con los profesionales del CS las Fuentes que ya lo realizan;
** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Septiembre 2018
**Con el" grupo de El Tranvia" que no explique la metodología; Mes de Octubre-
**Con los Colegios explicando donde lo realizamos y como se va a proceder . Mes de Septiembre-Octubre
** Colocación de Estanterías en Pediatría y en la entrada del C de S. Mes deJunio
**Colocación de Carteles informativos : Mes de Septiembre -octubre
**Creación de Programa: fichero y gestión de libros .Mes de Octubre
** Solicitud de libros. Mes de Mayo

INDICADORES
Evaluación y Resultados Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ;conocimiento del 75% de los encuestados
**Nº de libros que se han solicitado .20 o más
**Nº de libros que quedan en los estantes.. No menos de 10
**Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera

Objetivo 75% Buena / Muy Buena

Valoración para el seguimiento como se ha propuesto y las mejoras que se deben incorporar en el próximo año.

DURACIÓN
Se inicara este año en Septiembre -Octubre:
* Contactos con los profesionales del Centro ;
* Con el Grupo "el Tranvia " para la implantacion del metodo y los materiales necesarios.
*Con los Colegios de la zona .
*Creación programa Fichero .
*Colocacion Carteles
y Continuara otro año 2019

OBSERVACIONES
Este es un proyecto a largo plazo y necesita varios años . Además intervienen muchos profesionales y factores aveces dificiles de coordinar,
Pero creemos que los beneficios lo merecen.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROMERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA MARIA PILAR
ZAPATA ABAD TERESA
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A)El 2 Febrero de 2017 se creó el equipo de atención comunitaria y se firmo el acta de creación, Crear en el Centro de Salud Actividades Comunitarias que este insertado en la Actividad Sanitaria del Centro; por medio de la estabilidad de un equipo multidisciplinar que coordine y mantenga las actividades que sean necesaria.
Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades puestas en marcha, solicitando la colaboración de los profesionales para la indicación de esta actividad a los pacientes
Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias en la que se inscriben las pacientes que acuden a estas actividades.
Se ha creado un Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud,como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos,(que estén interesados) puedan estar permanentemente informados de los acontecimientos y las actividades. Y en la que se indica las reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo de 1 al mes, un total de 11;con realización de Micro Actas; en la que acudimos unas 3-7 profesionales del grupo ; en el que se actualiza, pone en marcha y se da cuenta del curso de las actividades de:
a)Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro ;Los miércoles de 9:30 -10:30 durante el año escolar ;b)TAY CHI una sesión c) Yoga los martes a las 11 h, en la sala de Maternidad,
C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), e)Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves)
D)Se han realizado 6 sesiones dinamizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica .
E)No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A)La responsable de la realizacion de Microactas Mª Jose Giner, presenta cuaderno de las Actas que ha realizado durante el año del 6/10 y las que no a podido acudir se realizan por Sara Carrion 4/10.
**Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades,que hemos realizado
**Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias
**El Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud,como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos,(que estén interesados) ha mantenido y mantiene todos los contactos tanto en el Centro como del Consejo de Salud, que lo han solicitado como de las diferentes asociaciones de barrio;Han aumentado
**Reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo mensuales, un total de 11 Que supone el 8/10 de las convocadas

C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), 10/10
e)Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves) supone 10 /10
D)Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro:media 15-20participantes / semana ;b)TAY CHI una sesión 40 c) Yoga : 10participantes /semana.
Se han realizado 6 sesiones dinamizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica . suponen10/10 de las ofertadas
E)No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se manifiesta la buena acogida por parte de los profesionales del Centro de Salud y la manifestación de los pacientes caminantes y de la población en general,que se sabe conocedora de las actividades que realizamos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

desde el Centro de salud y de la mayor relación, tanto con el CONSEJO DE SALUD como las diferentes ASOCIACIONES DE VECINOS, AYUNTAMIENTO ...
Proponemos al Equipo de salud para la colaboracion de estas actividades que con lleva tiempo y soliciatar ayuda para al gestion e agendas y leberalizacion de tiempo.
Intentaremos poder realizar el objetivo E) la realizacion de talonario que quedaria dentro de las actividades del año que viene.

Dentro de los nuevos objetivos del grupo para el proximo año la realizacion de RAPIDAL APRAIXAL(Diagnostico rapido de Necesidades de Salud de Barrio), para valora mejor la necesidades y encauzarlas en actividades efectivas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1423 ========== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habián realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoria de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fué animar a personas sedentarias con patologias crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejrcicios de estiramientos...) Y tambien aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO
ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017
A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidads con fecha, paticipantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad. .
D- Dinamización de los Paseos de los miercoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repatiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES
OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarles el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsap a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínnimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN
En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pués tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en Diciembre 17.

A: Responsable dela elaboración las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por watsap al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusion de los "talonarios de Prescripcion". Ana Isabel Echeverri

Evaluaremos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ORDOÑEZ ARCAU ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Mayo se realiza una sesión de equipo informativa de los criterios de derivación correctos a esta consulta.
Se ajusta la agenda al horario más apropiado para dar accesibilidad a los pacientes que trabajan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se analiza el último trimestre de 2018 de las agendas y se obtienen los siguientes resultados:
. Total de pacientes atendidos 76, que supone un incremento de 21 en valor absoluto y representa un 38.19% respecto al mismo periodo de 2017. Lo cual nos da una idea de la buena aceptación de esta consulta.
. El total de pacientes que no acuden son 5, lo cual supone un 6.57 % del total de citados. Cumpliendose el objetivo planteado al inicio del programa.
. Hay 2 pacientes citados que no reunen los criterios de derivación (Richmond >6) Esto supone un 2, 63% del total. En este sentido no hemos alcanzado nuestro objetivo que planteabamos en 0 pacientes mal derivados, o lo que es lo mismo 100% bien derivados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general los objetivos se han cumplido, aunque queda pendiente la completa derivación correcta, esto lo solucionaremos realizando otra sesión de equipo y recordando los criterios.
El equipo de mejora hemos tenido un gran interés en llevar a cabo las actividades necesarias para mejorar la atención al paciente fumador y optimizar la consulta al máximo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/624 ========== ***

Nº de registro: 0624

Título
OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
MUÑOZ MERCADO ANGELA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: y los profesionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
los Profesionales responsable del programa ha observado una gran variabilidad en las derivaciones ; lo que ha supuesto un fallo de la atención con falta de asistencia a la consulta del hasta menos del 50% de los citados; (no manteniendose los criterios necesarios “Test de Richmond >6”):
para su valoración implicando una perdida de efectividad; llevando mas tiempo de atención, retraso en su inicio e incluso salida-rechazo del programa . Desvirtuando la utilidad del programa.

RESULTADOS ESPERADOS
1.) Mejora la derivación a Consulta Monográfica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

2.) Mejorar la efectividad de la consulta Monográfica

La población Afectada: Son los profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras del Centro de salud. Y secundariamente los pacientes fumadores

MÉTODO
çç Realización de Nueva Sesión clínica con todos los profesionales medicina / enfermería implicados ; por la responsable del programa señalando . Las dificultades y los problemas encontrados
çç Ajuste del horario de la consulta horas extremas (primeras y ultima hora de la mañana) para no interferir con el trabajo de los pacientes.

INDICADORES
Método/ Indicadores
1)Porcentaje de pacientes citados que acuden a consulta : Nº de pacientes que acuden a consulta de tabaco / Nº de pacientes citados .
2) Porcentaje de pacientes sin valorar el grado interés en dejar de fumar por el Test Richmond.: Nº de pacientes con test de Richmon >6/ Nº pacientes derivados a consulta.

Al cabo del año en la nueva evaluación se consiga que esta consulta sea mas efectiva y obtener los beneficios sanitarios por lo que ha sido creada.
1) Que acudan a las consultas el 70-80 % de los citados.
2) Que el 100% de los pacientes que se citen tengan realizado el Test de Richmond .

DURACIÓN
Se iniciara en el mes de Abril;
Sesión Clínica Mayo:
Realización de ajuste de Horario ; Junio.
Evaluación Final Terminara en Diciembre.

OBSERVACIONES
La consulta especifica tabaco/ EPOC se ha inicado este año en el Centro de salud siendo muy valorada por todo el equipo, pero como hemos señalado mal aprovechada por la mala gestion en derivacion de los profesionales, creemos que estas correcciones mejore su eficiencia

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0651

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
LOPEZ ESPADA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
*Desarrollo de un planing de sesiones .
*Ejecucion de este Planing desarrollando las sesiones .
*En cada cuatrimestre se ha pasado una encuesta de satisfacción.
Todas las actividades se han realizado por la responsable del programa y los colaboradores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
*Acudieron a las sesiones el 24% de las ofertadas.
*El 98% señala:Buena-Muy Buena la Satisfaccion de acudir las sesiones.
*El 99% señala Aumento de conocimientos.
Es satisfactorio los resultados y segun los standar marcados, Se aprecia al aumentar los conocimientos, la mejor atencion en los infantes,.
Al hacerlo en grupo mejora la comunicabilidad y relacion entre medico y cuidadores y entre estos entre si mismo.
Esta satisfaccion quedo manifiesta en las encuestas realizadas .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales responsables han observado la mejor disposicion y aprendizaje de los cuidadores,
Aumentando la satisfaccion en estos profesionales y mejorando su actividad laboral.
Sabiendo esto les gustaria que acudieran a las sesiones todos los ofertados, pero sigue siendo voluntario y depende de cada uno

7. OBSERVACIONES.
En la encuesta se solicitó a los encuestados si precisa alguna aclaracion y/o sugerencias que se tendran encuenta en las proximas sesiones

*** ========== Resumen del proyecto 2018/651 ========== ***

Nº de registro: 0651

Título
ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

Autores:
MALLADA VIANA MARIA PILAR, VELA INSA MARIA JESUS, LOPEZ ESPADA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: disminuir ansiedad y clarificar informacion
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se observo por las Pediatras y Matronas; a la hora de explicar los cuidados y la alimentación de los lactantes y primeros años de vida; la gran disparidad de conocimientos, en ocasiones mucha información de Internet falsa y mal elaborada, lo que repercutía, múltiples consultas y ansiedad en la familia; que conlleva mucho tiempo en consulta .
Tambien la necesidad de abrir (como espacio de SALUD) el Centro a su zona de influencia implicándonos con sus asociaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0651

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el conocimiento de las familias y cuidadoras, señalar lo errores y clarificar la información,sobre alimentación, cuidados y dar contención con soporte emocional a los cuidadores principales de los Recien Nacidos

MÉTODO
ÇÇ Se desarrolla un Planing de sesiones mínimos a desarrollar, de diferentes temas: alimentacion, cuidados...
ÇÇ Realizar sesiones informativas, educativas para todas las familias y cuidadores que quieran. Generar un espacio -tiempo para el dialogo y compartir experiencias Acudirán todas las familias interesadas,abuelas …. cuidadoras; que quieran, no hace falta apuntarse y suelen acudir de 4 hasta unas 20 personas ...

INDICADORES
**Los profesionales implicados desarrollaran y expondran los temas y desarrollaran la encuesta final .
**La encuesta de satisfacción para las madres /cuidadoras en 3 ocasiones al año :, ANONIMAS; de las sesiones con algunas preguntas de conocimientos básicos .
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado(nº de recién nacidos)
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) de cada madre- cuidadora
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado :20-30%
**En la encuesta Satisfacción de las Sesiones Buena -Muy Buena >70%.
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) >70% de cada familia / cuidadora

DURACIÓN
** Sesiones informativas : Los viernes de cada mes desde el mes de Enero de 2018 (continua de 2017) descansando vacaciones de los profesionales implicados, hasta final de año. De 9:30 -11h
**Evaluacion de satisfacción (3 veces al año- lo que dura una baja maternal) y conocimientos aprendidos ; Mayo, Septiembre y Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANASTASIA FELISA RODRIGUEZ GARCIA
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOGUERAS FLAMARIQUE PILAR
GARCIA CASTRO TERESA
RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA
GARCIA CACHO MILAGROS
PEREZ BLANCO SUSANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un protocolo de esterilización y desinfección que nos permite unificar criterios en todas las USB. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.
Como apoyo a dicho protocolo he confeccionado tres posters en forma de diagrama : CADENA DE ESTERILIZACIÓN, CICLO DE DESINFECCIÓN y CATEGORIAS DE RIESGO DE INFECCIÓN DURANTE LAS TAREAS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN (Es un código de colores para la interpretación de los dos primeros posters).
Estos posters se colocarán en todas las Unidades de Salud Bucodental del sector Zaragoza II . Con ellos se busca proporcionar una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.
Y para la difusión del protocolo al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB re ha realizado una presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.
El protocolo finalizado se envió a la técnico de Salud de Primaria del sector II que lo remitió a la Unidad de Esterilización del Hospital Miguel Servet para su revisión y rectificación si fuese necesario. Ya está revisado y pendiente de subir a la Plataforma.
Y una vez que tengamos la autorización de la unidad de Esterilización del HMS colocaremos los posters en las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una hoja de registros de los controles (indicadores) biológicos y químicos que estará en cada una de las Unidades de Salud Bucodental (100%).
En ella se valida (100%) la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación (mediante firma de la persona que realiza dicho proceso) del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, el interés social por la calidad de los servicios de salud, y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.
Por todo ello creimos necesario realizar éste proyecto que se ideó en julio de 2018 y que ha sido largo. Se les ha enviado varias veces a la Unidad de Esterilización del HMS donde nos han ido "puliendo" algunas cosas y sugiriendo otras. Ya está finalizado y como he dicho antes a la espera que nos den el "visto bueno final" para la impresión de los posters.
El coste económico del proyecto es bajo ya que sólo requeriría la impresión en Reprografía de una copia del Protocolo para cada USB y la realización de los 3 posters (en color porque son gráficos de colores y cada uno tiene su significado), también para cada una de las 6 Unidades de Salud Bucodental del sector Zaragoza II.
Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que el proyecto ha de seguir adelante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1479 ========== ***

Nº de registro: 1479

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB DEL SECTOR ZARAGOZA II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Autores:
RODRIGUEZ GARCIA ANASTASIA, PEREZ BLANCO SUSANA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA CRISTINA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA ISABEL, YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

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

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

PROBLEMA
La desinfección y la esterilización son pilares fundamentales en la práctica diaria de la Odontología. Todo el material odontológico debe ser desinfectado y a posteriori esterilizado a fin de evitar la transmisión de enfermedades de carácter infeccioso en los procesos dentales. Y son muchas las enfermedades infecciosas que se pueden transmitir en la clínica dental, siendo una de las principales vías de transmisión la utilización de material contaminado. Algunas de ellas son de especial importancia por su elevada morbilidad y mortalidad. Podemos destacar la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH.
Los procesos de esterilización, permiten evidenciar la trazabilidad del control de los materiales utilizados en las Unidades de Salud Bucodental brindando un servicio de calidad y garantizando la efectividad de sus procesos y procedimientos. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.
Además, se debe considerar que el perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, la incorporación de nuevas tecnologías de tratamiento, el interés social por la calidad de los servicios de salud, la importancia de la protección del medio ambiente y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar en todas las USB del sector Zaragoza II los procesos de limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la realización de procedimientos que a diario son programados y realizados en los servicios de Odontología.

MÉTODO
- Elaboración de un protocolo de esterilización específico para las Unidades de Salud Bucodental.
- Dar a conocer un protocolo estandarizado del manejo del material clínico odontológico disponible en las consultas, mediante la colocación en las Unidades de POSTERS con la Cadena de Esterilización, el Ciclo de Desinfección, las categorías de riesgo de infección durante las tareas de esterilización y desinfección (The United States Occupational Safety and Health Administration (OSHA 1989)) y los códigos de colores para la interpretación de los posters.
- Proporcionar así una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que ellos puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.
- Difusión al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB de los protocolos ya mencionados, mediante la presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.

INDICADORES
- Proporcionar los posters y protocolo al 100% de las USB
Indicadores de Proceso: Verificación del proceso de esterilización en cada ciclo en autoclave mediante el uso de una tira indicador. Control químico interno (Petitorio SERPA 953)
- Indicadores de Resultado: Verificación del proceso de esterilización en autoclave mediante el uso de una ampolla con esporas termófilas realizado semanalmente. Control biológico (Petitorio SERPA 1672)
- El 100% en todas la unidades.
- Validar la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos, mediante una hoja de registro indicando fecha, firma de la persona que realiza el control y parámetros realizados. Esta validación se realizará en el 100% de las unidades.

DURACIÓN
- Colocación de los posters informativos sobre los procedimientos en cuestión, en las USB de forma permanente.
- Presentación de los protocolos mediante power point a los componentes de los equipos de salud con una duración de 1 hora. - Pendiente de programación según agenda del centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Las dos actividades serán realizadas por la higienista dental del centro donde esté ubicada la USB.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SORO ANA MARIA
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A pesar de que tuvimos dificultades en el inicio de las charlas (como ya reflejamos en el 1º seguimiento) a lo largo del 1º semestre del 2017 se realizaron las charlas a los 3 colegios participantes de los 7 ofertados, con un total de 8 charlas impartidas. Asimismo se hizo un cuestionario a los alumnos previo a la visita que se repitio unos dias despues para valorar lo aprendido, y otro cuestionario a profesores para valorar nuestra actividad.
En septiembre de 2017 iniciamos el programa para el curso escolar 17-18 con la misma dinamica del curso anterior : Contacto con colegios y profesores, reunion informativa a los participantes, elaboracion del cronograma de charlas, y realizacion de 8 visitas de escolares de 2 colegios participantes.
Recursos:
Humanos: 5 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 1 Fisioterapeuta y 1 higienista dental, y estudiantes de enfermeria.
Materiales: Ordenador, cañón de proyección, material didáctico, 2 arcadas dentales y 2 cepillos de dientes, lámpara ultravioleta, solución hidroalcohólica con reactivo. Hojas de encuesta previa y posterior a la charla, Hoja de evaluación de la actividad (para profesores), Folleto Gobierno de Aragón (para padres), Hoja de actividades sobre higiene dental (pasatiempos para alumnos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la evaluacion de los cuestionarios post-charla,realizados a los niños, de los 4 objetivos marcados en 3 de ellos conseguimos el objetivo propuesto y en el otro un 75 %
Indicadores:
N º de cepillado de dientes/ dia . Objetivo 80 %, resultado 74%
Nº de piezas fruta/dia . Objetivo 40 %, resultado 63.95 %
Conocimiento de postura correcta en la mesa.Objetivo 70 %, resultado 93.55 %
Conocimiento de como llevar la mochila escolar.Objetivo 70 %, resultado 94.35 %
Metodo de obtencion: Cuestionario realizado por los propios alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se encontro una enorme dificultad para el correcto rellenado de la encuesta,no sabemos si por no ser suficiente clara (dada la corta edad de los niños) o por una inadecuada explicacion por parte de los profesores.
Por ello decidimos simplificar el cuestionario, eliminar el posterior a la charla y que el previo se realizara en el centro de salud (bajo nuestra propia supervision) antes de comenzar la charla explicativa,con ello damos las instrucciones claras y evitamos perdida de información.
Tambien se valoró mejorar el desarrollo de la charla, manteniendo los mismos contenidos, pero haciendo mas hincapié en la higiene de manos y en postura correcta ante el ordenador, todo ello acompañado de nuevos videos.

7. OBSERVACIONES.
Damos continuidad al proyecto incluidas las mejoras.
Dado que nuestro proyecto no se desarrolla durante el año natural, sino en el año lectivo, en septiembre del 2017 hemos empezado a elaborar el cronograma de las actividades del año escolar 2017-2018.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1126 ========== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona socilicitó que desde el centro de salud se impartiertan charlas de educacion sanitaria a niños de 1º de educacion primaria, peticion que fue atendida por nuestra parte.Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos.
Debido a la alta concentracion de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educacion en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva,durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios,tanto públicos como concertados,que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: Alumnos de 1º curso de educacion primaria de los colegios de nuestra zona basica de salud, tanto publicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO
Acciones previstas:
Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.
Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.
ACTIVIDADES:Contactar con los centros escolares mediante carta y/o telefono.Cuestionario previo.Charla + audiovisuales. Talller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final . Informe al consejo de salud.

INDICADORES
Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/dia: Standard 65%,Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/dia. Standard 30%,Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestacion: Standard 50%,Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posicion correcta para llevar la mochila. Standard ND,Objetivo 75%.
La fuente de datos seria los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN
Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalizacion: Junio 2017
Presentacion del programa a los colegios : Sept-Oct 16
Recepcion de las solicitudes de los colegios : Nov 16
Elaboracion cronograma charlas: Nov 16
Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16
Entrega de material previo (cuestionarios...) :Dic 16
Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3): Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) : Marzo-Abril 17.
Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17,2º colegio : Marzo17, 3º colegio :Abril 17.
Evaluacion resultados: Junio-Julio 17
Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0768

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL SAZ GONZAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REQUENO JARABO MARIA NURIA
MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a las sesiones informativas impartidas en Abril y en Diciembre de 2018.
El Dr. Ángel Saz Gonzaga impartió una sesión sobre IRASPROA, y otra sobre resistencia a los antibióticos el 20 de Diciembre de 2018, en el Centro de Salud delSeminario.
El equipo sanitario firmó el pasado 20 de Diciembre el documento sobre la prescripción inadecuada de antibioterpia de PROA-Ap, y se realizaron las encuestas online de PROA-AP.
Se han colocado en el Centro de Salud, carteles de IRASPROA sobre la prescripción de antibióticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implicación de todos los profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-Se ha disminuido el consumo de antibióticos en nuestra práctica habitual
2-Se ha disminuido las prescripción de macrólidos,clavulánico y quinolonas
3- Se valorarán los beneficios obtenidos de la disminución de las resistencias a los antibióticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/768 ========== ***

Nº de registro: 0768

Título
PROYECTO PROA

Autores:
SAZ GONZAGA ANGEL, REQUENO JARABO NURIA, MEMBRADO GRANIZO JAVIER, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

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

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0768

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora priorizar la prescripción de antibióticos de espectro reducido ya que se ha observado una tendencia descendente del uso relativo de éstos en los tres últimos años.

RESULTADOS ESPERADOS
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
-Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1.Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2.Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3.Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5.Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
-Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
-Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
-Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. -Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducido* / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 38,5 %
Objetivo 2018: =41 %
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1004

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA NURIA REQUENO JARABO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ABAJO OLGA
PENON PANZANO JULIA
AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1004 ========== ***

Nº de registro: 1004

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Autores:
MORALES ABAJO OLGA, PENON PANZANO JULIA, REQUENO JARABO NURIA, AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

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
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2.Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3.Estimular la realización de espirometrías
4.Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1004

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: 50%. (Actualmente en el EAP 46.93%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 35.29%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 2.0 (Actualmente 1.68)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-Implantación Consulta Monográfica en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/
-Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados y/o manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CENARRO GUERRERO TERESA
GARCIA VERA CESAR
CANCER GASPAR ELENA
DE LA ASCENSION SANTOS ALICIA
DOBON SANCHEZ ELENA
SOLANILLA LOPEZ IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se incorporó entre los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
- Se animó a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
- Se aconsejó la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
- Se creó un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit, aportando una voluntaria que viene una vez a la semana a ordenar y restaurar los libros dañados.
- Se elaboraron carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
- Se decoró la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG " Believe in Art".

-- Calendario marcado y recursos empleados:
Abril 2018: se realizaron los carteles para recoger libros donados.
Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintó y decoró la sala de espera y se contactó con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad.
Junio 2018: se puso en marcha el proyecto.
Junio – julio 2018: se recogieron de datos, aunque se mantuvo el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.
Enero 2019: se estimaron los resultados.
Febrero 2019: se elaboró la memoria final.

Se realizó una sesión informativa el día 12 de Febrero de 2019 con el fin de informar sobre los resultados obtenidos al resto de profesionales del centro de salud.

Como recursos empleados, se elaboraron tarjetas y un buzón para su recogida, el cuál se colocó en la sala de espera.
Los libros fueron donados por las familias, compañeras del centro y por las Bibliotecas María Moliner y Cubit.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los meses de junio y julio, en las consultas de Pediatría (tres pediatras) y Enfermería pediátrica (dos enfermeras) se vieron un total de 3806 niños. De todos ellos, fueron 100 niños los que introdujeron una tarjeta en el buzón obteniendo así un 2,6% de participación.
A pesar del interés mostrado por la lectura, la participación de la evaluación de la actividad por parte de los padres fue escasa, convirtiéndose en la debilidad del proyecto.

Teniendo en cuenta que el standard inicial planteado fue del 70% y, asociándolo a la escasa participación, convendría trabajar en esta línea de mejora.

- Grupo de 2 a 6 años:
El 100% de los padres que metieron la tarjeta en el buzón, leyeron un cuento a sus hijos en la sala de espera.
El 80,7% de los participantes valoraron la experiencia entre 9 y 10 sobre 10, según la escala suministrada (escala analógica visual).

- Grupo de 7 a 14 años:
El 88% de los niños que metieron la tarjeta en el buzón, leyeron un cuento en la sala de espera. El 12% restante utilizaron dispositivos tecnológicos como el teléfono móvil.
El 100% de los participantes que leyeron un libro, valoraron la experiencia entre 0 - 1 -2, según la escala suministrada (escala de las caras sonrientes). Siendo 0 la máxima puntuación y 6 la mínima.
El 72% de los participantes que leyeron un libro en la sala de espera respondieron que volverían a hacerlo.

Estos resultados fueron obtenidos a través de las tarjetas que los participantes introdujeron en el buzón situado en la sala de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aspectos a mejorar:
Nivel de participación.
Elaborar otro método para la recogida de datos que resulte mas llamativo.
Recoger datos durante más tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

- Sostenibilidad:
A día de hoy, aunque la recogida de datos haya sido muy escasa, creemos que los niños y padres participan activamente disfrutando de la lectura y nos felicitan por el proyecto realizado (resulta una opción de entretenimiento saludable, haciendo la espera más breve).

- Posibilidades de réplica:
Recomendamos que este modelo se siga en otros centros de salud, para fomentar la afición por la lectura en los niños y alejarlos así del uso de dispositivos electrónicos.

7. OBSERVACIONES.
El nombre correcto de una de las colaboradora es Alicia de la Ascensión Santos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/550 ========== ***

Nº de registro: 0550

Título
LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Autores:
GOMEZ BORAO MERCEDES, CENARRO GUERRERO TERESA, GARCIA VERA CESAR, CANCER GASPAR ELENA, DE LA ASUNCION SANTOS ALICIA, SOLANILLA LOPEZ IRENE TERESA, DOBON SANCHEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La lectura es muy importante en todas las edades, a través de la lectura no solo se adquieren conocimientos y un buen manejo del lenguaje, también favorece la memoria y la concentración, asi como el desarrollo de la imaginación, creatividad y el desarrollo socio-emocional.
La lectura es un habito saludable y como tal debe de fomentarse desde el centro de salud dentro de la atencion integral al niño implicando a los padres de manera activa.

En el programa de salud infantil se ha detectado que un gran numero de niños no tienen incorporado entre sus habitos saludables el de la lectura por lo que se propone un area de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es fomentar la lectura como hábito saludable.
Aprovechar el rato de espera para leer.
Ofrecer la lectura como alternativa a las tecnologias (movil, tablet, etc).
Adquirir el hábito de leer en los ratos libres.
Favorecer el acercamiento entre madre-padre y los niños mas pequeños a traves de la lectura.

MÉTODO
-Incorporar en los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
-Animar a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
-Aconsejar la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
-Crear un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit que aporta una biblio-maleta.
-Talleres de lectura con voluntarios que colaboran con la Biblioteca Cubit.
-Carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
-Decoración de la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG “ Believe in Art”.

INDICADORES
GRUPO DE 2 A 6 AÑOS: preguntar a los padres si les han leido a traves de una pequña encuesta de satisfacción con las siguientes preguntas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

PADRES DE NIÑOS de 2 a 6 años:
1º- Cuanto tiempo has estado esperando? Minutos=
2º- Le has leido algun cuento a tu hijo? SI NO
3º- crees que se ha entretenido y el tiempo de espera ha pasado más rápido? SI NO
4º- Valora del 1 al 10 la experiencia:

GRUPO DE 7 A 14 AÑOS: Se les entregará una tarjeta dinámica a la salida de la consulta, en la que se valorarán mediante imagenes y según la escala de las caritas sonrientes la experiencia del niño y la manera de pasar el tiempo de espera.

NIÑOS DE 7 a 14 años:

Rodea con un círculo lo que has utilizado en la sala de espera: (DIBUJOS) ¿Como te lo has pasado?
¿Que elejirás la próxima vez que vengas? (DIBUJOS)

Al salir de la consulta se les entrega en función del grupo de edad, una tarjeta para valorar el hábito de lectura en la sala de espera que rellenarán e introducirán en un buzón situado en la misma sala.Esto servirá para calcular los indicadores y como forma de evaluar si se produce un aumento de la lectura en los niños mientras esperan. Al final de cada semana, se hará un recuento de las tarjetas pertenecientes a cada grupo de edad y se calcurán semanalmente los siguientes indicadores:

El porcentaje de participación se calcurá haciendo un recuento semanal de los pacientes que acuden a consulta y será:

Nº de tarjetas del buzón/Nº total de pacientes atendidos en una semana x 100

EVALUACIÓN: se conseguirá un 70% de participación total al final del estudio.

En el grupo de 2 a 6 años:

Porcentaje de padres que han leido un cuento a sus hijos:

Nº tarjetas que obtienen un SI a la 2ª pregunta /Nº total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de padres que no han leido en la sala de espera: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo edad un porcentaje del 30% de lectura y una media de 6 a7 puntos en el grado de satisfacción de la experiencia por parte de los padres.

En el grupo de 7 a 14 años:

Porcentaje de niños que han leido mientras esperaban

Nº tarjetas que tienen rodeado el dibujo de libros/Nº total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de niños que no han leido mientras esperaban y han utilizado móvil, tablet u otros: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo de edad un porcentaje del 50% de lectura y una media entre 1 y 2 en la escala de caritas sonrientes.

DURACIÓN
-Abril 2018: realización de carteles para recoger libros donados.
-Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintará y decorará la sala de espera y contactaremos con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad de biblio-maleta.
-Junio 2018: puesta en marcha del proyecto.
-Diciembre 2018: cierre de recogida de datos, aunque se mantendrá el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.
-Enero 2019: estimación de resultados.
-Marzo 2019: memoria final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL IBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior (82 años) a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetivó que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% reconoció aprender conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% consideró que el número de sesiones era bastante adecuado frente a un 16,7% que lo consideró muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación fue buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar e incluso disminuir la incidencia de futuros diagnósticos al reducir los factores de riesgo.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza que les garantice un correcto desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a pensar en la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior (82 años) a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetivó que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% reconoció aprender conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% consideró que el número de sesiones era bastante adecuado frente a un 16,7% que lo consideró muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.
En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación fue buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar e incluso disminuir la incidencia de futuros diagnósticos al reducir los factores de riesgo.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza que les garantice un correcto desarrollo de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a pensar en la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Vuelvo a enviar la memoria porque en el correo que me han remitido dice:
Le comunicamos que la Memoria que nos envía, titulada:
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN DIABETES
corresponde a un proyecto que NO fue incluído en el Acuerdo de Gestión Clínica/Contrato-Programa, (n? 0598), correspondiente al año 2018, por lo que NO va a ser evaluada.

Sin embargo en el PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2018 si que sale. No entendemos por qué no se evalúa.

Gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
GOMEZ BORAO MERCEDES
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

Este proyecto ha sido valorado positivamente y está incluido en el AG del 2018. Les ruego porcedan a su aceptación para su evaluación. Muchas gracias.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES
GOMEZ BORAO MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS PALACIO LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
TRASMONTAN GALVEZ JOSE
PEREZ GRACIA MARIA ISABEL
LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- En abril se realizó una sesión formativa de ayuda a segundas víctimas para los profesionales de los CS Ruiseñores y Miraflores. En el centro de salud de Muñoz Fernández conviven los dos centros.
2.- La selección de los referentes entre los voluntarios del personal sanitario y administrativo del centro de salud Ruiseñores se ha realizado en base a las siguientes características: Se conocidos por todos los trabajadores del centro de salud, tener un carácter empático y facilitador capaz de generar confianza entre los compañeros y capacidad de escucha activa.
3.- Para que todos los profesionales del centro de salud tuvieran claro quiénes eran los referentes seleccionados se hizo una reunión, se comunicó a través de correo interno y se buzoneo en los casilleros del personal indicando sus nombres y apellidos, correo electrónico y profesión.
A modo de recordatorio el buzoneo se ha realizado en dos ocasiones.
4.- En mayo se creó un grupo de discusión informal para trabajar con el plan de apoyo a segundas víctimas.
5.- Dicho plan desarrollado por el grupo de trabajo se expuso al personal de ambos centros para su debate y aprobación. Se aprobó por unanimidad.
6.- En junio se implantó el plan en el centro.
7.- En junio se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- En junio se presentó el programa y el plan en la XI jornada de seguridad del paciente en atención primaria SEMFYC celebradas en Madrid.
9.- En febrero de 2019 se realizó una sesión informativa con los resultados obtenidos.
10.- En el mismo mes se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido el estándar planteado para cada indicador, de tal manera que:
1.- Más del 50% de los profesionales mejoraron sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas; y 2: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibieron formación adecuada.
En las sesiones informativas/formativas del plan se hizo un registro de la asistencia. Del total de 58 profesionales sanitarios (21 son médicos, 22 enfermeros, 3 pediatras, 2 TCAE, 6 administrativos, 1 matrona, 2 fisioterapeutas y 1 trabajador social) acudieron 29, lo que supone justo el 50% asumido en el primer indicador y más del 10% y 8% del segundo.
En el centro de salud Sagasta-Ruiseñores existen 7 Referentes, de los cuales 3 son médicos, 2 enfermeras y 2 administrativos.
A fecha de hoy, 11/02/2019, el servicio de referentes de ayudas a segundas víctimas se ha utilizado en 3 ocasiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos parece necesario destacar el interés suscitado en los compañeros y su alta participación en las sesiones, demostrando que la implantación de estas figuras en nuestro entorno laboral es fundamental.
La notificación de un evento adverso al sistema casi siempre viene acompañada con la aparición de determinados sentimientos difíciles de gestionar pudiendo ser necesario la derivación del implicado a salud laboral. Tener un referente en el centro de trabajo con quien poder analizar la situación, que te aconseje y asesore es muy importante.
Por otra parte, creemos que dar a conocer la figura del Referente, su función y preparación puede ayudar a disminuir el temor a ser sometido a juicios de valor en futuras notificaciones.
Para un funcionamiento global e integral del plan y con el objeto de no privar a ningún profesional de esta herramienta, planteamos que desde el sistema de notificaciones de eventos adversos se ofrezca al profesional implicado su derivación a los referentes de su centro o, en caso de que no existieran, a salud laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/724 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

***

Nº de registro: 0724

Título
PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Autores:
PALACIO LAPUENTE JESUS, ANGUAS GRACIA ANA, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE, PEREZ GRACIA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Eventos adversos derivados de la asistencia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Cuando se produce un evento adverso (EA) la primera víctima es el paciente que lo sufre. Sin embargo, muchas veces obviamos el impacto emocional que puede suponer en el personal sanitario, no sanitario y cuidadores informales ver sufrir o morir al paciente por algo relacionado con la atención o los cuidados que le han prestado. No superar estas situaciones puede llevar al profesional al abandono de la profesión, a la dedicación exclusiva no asistencial e incluso a ver seriamente afectada su salud. Son las segundas víctimas. La organización sanitaria en la que se produce el EA también puede verse perjudicada por litigios, indemnizaciones o pérdida de prestigio, convirtiéndose en tercera víctima.
Es primordial que la organización en la que ocurra el EA tenga una cultura de seguridad del paciente en la que se analicen todos los factores personales y del sistema que confluyen para producir o no evitar el evento, permitiendo introducir mejoras para prevenir que vuelva a suceder.
Si el EA le ocurre a un compañero es importante ser nosotros los que le ayudemos por lo que proponemos la formación de Referentes en Ayuda a Segundas Víctimas en cada centro. La capacidad de afrontamiento de cada individuo no debe sobrevalorarse y los referentes ayudarán a la segunda víctima desde la confidencialidad.
Si la segunda víctima fuera el cuidador, el referente debería ser su médico.
Bibliografía:
Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870.
3 Palacio J. Los cuidados y la seguridad del paciente. Blog Sano y salvo [Internet]. GdT de Seguridad del Paciente de semFYC. 7 de noviembre de 2017 [Citado 30 de abril de 2018]. Disponible en: http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2017/11/los-cuidados-y-la-seguridad-del-paciente.html
4 Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? J Patient Saf. 2017 Nov 4. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000256.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Elaborar un plan de ayuda a los compañeros que estén en esa tesitura que integre la atención a las primeras víctimas con la de las segundas víctimas, en un proceso que puede evitar que la institución se convierta en tercera víctima.
Irá dirigido al personal sanitario y administrativo del CS Ruiseñores, con opción de incluir al personal de Miraflores.

MÉTODO
Para elaborar el plan se debatió una propuesta en el grupo de calidad, elaborada por un miembro de la misma con experiencia en el tema. El debate se amplió a una reunión de voluntarios para ser referentes a los que los compañeros en riesgo de ser segundas víctimas puedan acudir solicitando apoyo. En la actualidad se ha enviado el proyecto de plan elaborado a los trabajadores del centro para debatirlo y aprobarlo en una reunión de equipo, tras lo cual se implantará en el centro. Durante este proceso se proporcionó formación ad hoc a los miembros del grupo de calidad y a los referentes. También se realizó una sesión formativa sobre el tema a todo el equipo.

INDICADORES
1: % de profesionales sanitarios y administrativos del CS Ruiseñores y Miraflores que mejorarán sus conocimientos tras la sesión formativa recibida. Fuente: Encuesta posterior de utilidad percibida del plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Estándar: El 50% de los profesionales mejoraran sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas. Van Gerven E et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. Rev Calid Asist. 2016 Jul;31 Suppl 2:34-46. DOI: 10.1016/j.cali.2016.02.003.
2: % de profesionales del CS Ruiseñores que recibirán formación para ser referentes en ayuda a segundas víctimas. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación adecuada. Denham, C.R. TRUST: the 5 rights of the second victim. J Patient Saf. 2007; 3 (2):107-119. DOI: 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd

DURACIÓN
- Sesión formativa, selección de referentes y exposición del programa a ambos centros de salud (Ruiseñores y Miraflores): Abril y Mayo 2018.
- Grupo de discusión informal: Continuo.
- Docencia del curso IACS: Según fechas del mismo.
- Presentación del programa en las jornadas de calidad del SALUD de Calatayud el 13 y 14 de junio y en las jornadas SEMFYC 2019.
- Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre 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 - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CABEZA GUILLEN
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRATTA LINARES ROSARIO
LOPEZ PEREZ ANGELES
MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN
METOLA LOZA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. En enero de 2018 tuvo lugar la formación del grupo de trabajo compuesto por matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II. Aunque inicialmente se pensó en formar un grupo con 5 participantes finalmente, dada la extensión del trabajo, se decidió ampliar a 10 participantes:
- CABEZA GUILLÉN, Mª ELENA
- ARRATTA LINARES, ROSARIO
- LÓPEZ PEREZ, ÁNGELES
- MARTÍNEZ CHUECA, Mª CARMEN
- METOLA LOZA, JULIA
- BERNARDOS LÁZARO, PAULA
- SANCHEZ MAINAR, AMOR
- MARIÑOSA ASENSIO, AMELIA
- VELA ÍNSA, Mª JESÚS
- SAGASTE ROMEO, TERESA
La guía actualizada de Educación Maternal se estructuró en ocho sesiones para abarcar diversos aspectos de los temas del embarazo, parto, posparto, recién nacido y crianza. El trabajo se repartió en pequeños grupos entre las 10 participantes y posteriormente cada tema fue revisado por un grupo coordinador formado por Mª Carmen Martínez, Ángeles López y Elena Cabeza.
2. Tras la constitución del grupo de trabajo se realizó una detallada revisión bibliográfica sobre todos los temas.
Se tomó como punto de partida la guía “Educación Sanitaria Materna” del INSALUD Sector 2 y 5, editada aproximadamente 20 años, para iniciar el diseño de la nueva guía. Para su actualización se realizó una revisión bibliográfica de las siguientes fuentes: los últimos protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) y guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sobre la asistencia al parto, posparto y el control del embarazo; las guías sobre Educación Maternal de otras comunidades autónomas; las Guías de Práctica Clínica editadas por el Ministerio de Sanidad de atención en el embarazo y puerperio, asistencia al parto, cuidados del recién nacido y lactancia; diversos manuales sobre Obstetricia y Ginecología; documentos publicados por la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas Españolas) así como varios artículos encontrados en diversas bases de datos como PubMed, Cuiden y similares.
3. El grupo se reunió quincenalmente desde su constitución hasta diciembre (excepto los meses de verano), y continúa reuniéndose en la actualidad.
4. Se han difundido vía correo electrónico al resto de matronas de Atención Primaria del Sector II, los temas de la guía elaborados hasta el momento actual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La guía se estructuró en 8 sesiones, de las cuales están totalmente finalizadas 4:
5ª SESIÓN: PUERPERIO
6ª SESIÓN: ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
7ª SESIÓN: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
8ª SESIÓN: PARENTALIDAD POSITIVA. SEXUALIDAD. ANTICONCEPCIÓN

Y se han empezado a elaborar las otras 4 sesiones restantes:
1ª SESIÓN: EMBARAZO I
2ª SESIÓN: EMBARAZO II
3ª SESIÓN: PARTO I
4ª SESIÓN: PARTO II

La encuesta de satisfacción se realizará una vez finalizada la guía y realizada su difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto nos hemos dado cuenta de la dificultad que conlleva dado el amplio contenido de los temas. Por esto mismo, ya desde el inicio, se decidió ampliar el grupo de trabajo a 10 matronas y se aumentó la frecuencia de las reuniones de mensuales a quincenales.
Finalmente se decidió continuar con este proyecto a lo largo del próximo año.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1037 ========== ***

Nº de registro: 1037

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
CABEZA GUILLEN MARIA ELENA, ARRATTA LINARES ROSARIO, LOPEZ PEREZ ANGELES, MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN, METOLA LOZA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La educación para la salud es una poderosa herramienta con la que cuenta el profesional de Atención Primaria para la prevención y promoción de la salud. En el caso de la Educación Maternal (E.M.), las matronas somos el referente de las mujeres embarazadas y sus parejas para el acompañamiento y apoyo en un período tan especial de sus vidas como es el embarazo y el posparto.

Desde hace años se están impartiendo en todos los centros de salud de nuestro sector, clases de E.M. tomando como referencia la guía de "Educación Sanitaria Materna" editada por el Insalud hace aproximadamente 20 años. Pero con el transcurso del tiempo, las matronas hemos visto producirse grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto, posparto, crianza y anticoncepción, lo que hace necesario actualizar estos conocimientos para proporcionar la información necesaria a las embarazadas para que puedan sentirse seguras de sus posibilidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos favoreciendo su autonomía.

Por todo lo expuesto, vemos necesario revisar y actualizar el contenido teórico del curso de E.M., y adicionalmente dotar a los y las profesionales de herramientas renovadas para desarrollar nuestra labor diaria conforme a nuestra formación y competencias profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Informar a la gestante de los procedimientos llevados a cabo en el control y seguimiento del embarazo.
2. Proporcionar conocimientos actualizados a la embarazada sobre las nuevas técnicas asistenciales en el parto y en el manejo no farmacológico del dolor.
3. Favorecer el desarrollo de modelos de crianza que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
4. Difundir los métodos anticonceptivos y su manejo de acuerdo a las nuevas estrategias del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón.
5. Empoderar a la mujer en el manejo de su salud para conseguir una vivencia positiva de la maternidad.

MÉTODO
Designación de un grupo de trabajo compuesto por cinco matronas de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II.
Revisión bibliográfica de diversas fuentes.
Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
Presentación del proyecto a nuestras compañeras matronas del sector.

INDICADORES
Análisis de la actualización del contenido de las sesiones teóricas del curso de educación maternal.
* Estándar: valoración de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes que asistan a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Guía informativa actualizada y elaborada de educación maternal.
* Estándar: SI/NO

DURACIÓN
Puesta en común de la información recopilada por cada componente del grupo en reuniones mensuales de dos horas de duración, durante los meses de enero a mayo de 2.018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Presentación del proyecto a las compañeras en una única sesión en junio de 2.018.
Implementación del proyecto en el mes de septiembre de 2.018 mediante ciclos de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, con intención de mantener su continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas para establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con el 061 y con su ayuda se pudo determinar las necesidades para montar el Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
8.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo es fundamental. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones, se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

urbanos del Area de Salud II de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES
Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre 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 - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas para establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con el 061 y con su ayuda se pudo determinar las necesidades para montar el Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
8.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo es fundamental. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones, se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

urbanos del Area de Salud II de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES
Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre 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 - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el nomre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES
Indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre 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 - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el nomre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre 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 - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.
Observaciones: Es necesario realizar una rectificación en el nomre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

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

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre 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 - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión semanal durante diez semanas por grupo de 8-10 pacientes.
Antes y después de la relajación: toma de la tensión arterial y escala tipo Likert de autorregistro de ansiedad.
Al finalizar las diez sesiones cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados: Aprendizaje y aplicación de la técnica de relajación, discriminación de tensión-relajación, disminución del estado de ansiedad y de las cifras de tensión.
-Mejora resultados de la atención.....completado
-Disminuir riesgos derivados de la atención.....75%
-Mejorar utilización de los recursos.....60%
-Garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción)....80%
-Atender expectativas de los profesionales.....75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reducción de semanas a 7 porque las tres últimas son para los pacientes que realmente hayan practicado a diario la relajación y serían sesiones individuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1571 ========== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO
Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.
Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida.
Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO ANTONIO FERRERAS GASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CORRAL ALBA
VILARIÑO ROMERO BEATRIZ
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
GOMEZ FERRERUELA LAURA
MORENO MARQUEZ ROCIO
RODRIGUEZ MARCO ELENA
TORRES REMIREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han promovido en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un documento divulgativo sobre temas sociosanitarios de interés en nuestra población con lenguaje llano y accesible para la población.
- De acuerdo con lo planteado en la memoria de proyecto 2018-600, se realiza una encuesta aleatoria en todos los cupos del centro, entregándose a uno de cada cinco pacientes durante diez días de labor asistencial normal. Esta encuesta perseguía describir al usuario tipo del Blog y sus intereses. El resultado puede leerse en el punto siguiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En el momento de cumplimentar este formulario, las estadísticas del Blog indican que se han producido 64.788 visitas independientes al Blog con unas 140 visitas al día.
- Se han publicado múltiples temas nuevos de interés sociosanitario según corresponde en el Blog y se han anunciado a través de Facebook.
- Se ha realizado una encuesta aleatoria como se menciona más arriba.
De 640 encuestas entregadas, se recogieron 358 encuestas válidas y 61 no válidas (por falta de datos, información mal cumplimentada o poco clara) en las bandejas de Admisión y las consultas que las repartieron. Siete encuestas incluyeron sugerencias escritas, de las que tres fueron recomendaciones de publicar con más frecuencia, dos fueron recomendaciones de conectar con más redes sociales y dos fueron recomendaciones de incrementar el número de carteles de anuncio del Blog o hacerlos más visibles.
De las 358 encuestas recogidas, 60 personas CONOCÍAN el Blog en el momento de recibir el impreso de la entrevista y 298 NO LO CONOCÍAN; es decir, sólo un 17% de la muestra de encuestados declaró conocer el Blog antes de recibir la encuesta, aunque la totalidad de quienes conocían el Blog indicaron que lo habían utilizado durante el año pasado. Esto revela una importante falta de conocimiento del mismo en la población general e indica una necesidad de cambiar el modelo actual de anuncio y publicidad, aunque también indica que el usuario medio confía en los contenidos del Blog y los consulta de nuevo.
De las 298 personas que NO CONOCÍAN el Blog, 4 devolvieron la encuesta tras revisarlo superficialmente en Admisión y otorgaron puntuaciones medias de 9.3 al contenido, la claridad y la utilidad de los temas consultados en el mismo. 11 encuestados indicaron que, de utilizarlo, lo emplearían para informarse sobre problemas de salud propios.
Un 26% de las personas en el estrato de edad entre los 45 y los 59 años y un 30% de las personas en el estrato de edad entre los 15 y los 29 CONOCÍAN el Blog, frente a un 16% entre los 30 y los 44 años, un 8% de los 75 en adelante y un 6% de los 60 a los 74.
Al realizar correlación biserial para valorar la relación entre EDAD (variable cuantitativa) y RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE SI CONOCÍA EL BLOG (v. dicotómica), XLSTAT calculó que con un p=0.001 estas variables estaban asociadas de forma significativa.
Al realizar una comparación estadística mediante prueba de Chi Cuadrado para "K proporciones" en XLSTAT, se introdujeron el porcentaje de encuestados de edades entre 45 y 59 años y el de entre 60 y 74 años que conocían el Blog frente a la muestra completa; el resultado descartaba la hipótesis nula con p=0.001, debiéndose aceptar la hipótesis alternativa de que ambos estratos tienen diferencias que no se deben a la distribución muestral de los estratos.
Por otro lado, y si bien la población en el estrato más joven sí refería una notable tendencia a conocer al Blog (y de hecho reúne un número notable de referencias a la página de Facebook del Centro de Salud), el estrato de adultos jóvenes de entre 30 y 44 años no recogía tantos encuestados que CONOCIESEN EL BLOG. Dado que el uso de las tecnologías de la información como variable no estaba contemplado en la encuesta, debería plantearse nueva encuesta para determinar si existe una relación más fuerte entre el uso habitual de dichas tecnologías y CONOCER el Blog que entre la EDAD y CONOCER el Blog.
Finalmente, la mayoría de los sujetos declararon haber tenido noticia del Blog a través de los CARTELES (25 de 60). Este es el grupo más abundante, por encima de los inmediatamente inferiores, Facebook y el médico de cabecera. Esto indica un cierto nivel de utilidad de los CARTELES como herramienta de divulgación si bien, por desgracia, no ha conseguido su objetivo.
Sin embargo, la muestra reducida a la que nos vemos abocados por el escaso número de encuestados que CONOCÍAN el Blog hace poco fiables estas estimaciones. En términos absolutos, sin embargo, es seguro declarar que el Blog del Centro de Salud no ha conseguido alcanzar a la población objetivo durante los años que ha estado activo a pesar de haber obtenido un 8,33 de puntuación global.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos hasta la fecha implican que debe modificarse el abordaje mediante el que anunciamos la existencia y la utilidad del Blog a la población. Se proponen varias soluciones:
· Incrementar las conexiones entre el Blog y páginas "hermanadas" en las redes sociales del barrio de San José, particularmente aquellas con contenido de interés sociosanitario o dirigidas a informar a la población.
· Mejorar el diseño de los carteles empleados hasta la fecha, creando avisos visuales más llamativos y memorables para que la población los perciba y siga la recomendación de acceder al Blog.
· Aportar octavillas informativas u hojas impresas con el enlace a la dirección del Blog a los profesionales de todas las consultas del Centro para ofrecerlas a los pacientes que deseen informarse sobre problemas de salud.
· Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a incrementar el número de pacientes a los que se les informa de la existencia del Blog.
· Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a informarse sobre los temas existentes en el Blog para dirigir a los pacientes a temas concretos según los requieran.
· Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a aportar material divulgativo para el Blog.
Asimismo, debemos comprometernos a mantener la calidad y la frecuencia de los documentos divulgativos incluidos en el Blog.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/600 ========== ***

Nº de registro: 0600

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FERRERAS GASCO DOMINGO, SANCHEZ CORRAL ALBA, VILARIÑO ROMERO BEATRIZ, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, GOMEZ FERRERUELA LAURA, MORENO MARQUEZ ROCIO, RODRIGUEZ MARCO ELENA, TORRES REMIREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

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

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

PROBLEMA
La falta de educación sanitaria es una realidad que afecta a nuestro sistema de salud de innumerables maneras. Es lamentable que en la era del Internet los pacientes que buscan respuestas en la Web se ahoguen en un sinfín de páginas e información falsa carente de contenido y valor científico. Por eso nuestro Blog intenta satisfacer a la necesidad de información médica, validada y científica que tiene nuestra comunidad. Es un medio de fácil acceso por el cual los profesionales del centro de salud exponemos temas de salud de vanguardia y actividades docentes del centro para que la comunidad se vea implicada y se informe sobre estos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promocionar las actividades docentes del Centro
- Promover la educación sanitaria en la comunidad
- Resolver dudas en cuanto a temas de salud
- Crear un vínculo virtual entre el Centro y la comunidad

MÉTODO
- Actividades: se promueven en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud, así como actividades de promoción de la salud que organizan otras instituciones populares del barrio.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un post sobre enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje dirigido a la comunidad. Se revisan también los temas de fechas importantes de la salud (como el día del cáncer de mama) de forma bimensual.

INDICADORES
Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para ver si conocen el blog, qué temas les

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

parecen de interés y si les ha sido útil. El Blog dispone de un contador de visitas de cada post para saber a cuántas personas llegamos.

DURACIÓN
- El Blog nació un 14 de Noviembre de 2012 con la idea de ofrecer información actualizada a la comunidad.
- Desde entonces se publicaba en promedio un post cada mes. Hace 2 años aumentamos la cantidad y lo actualizábamos cada 15 días.
- Hemos visto un auge en las visitas desde entonces que llegan alrededor de 50,000 a fecha de mayo 2018.
- Promocionar mediante volantes, carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

OBSERVACIONES
Hoy en día cualquier institución pública o privada que no exista en la Web simplemente no existe. Creemos fielmente que el Blog ha creado un vínculo fuerte con nuestra comunidad y que ha abierto las puertas a las actividades del centro. La posibilidad de ofrecer a la comunidad temas de salud y que llegue a tanta gente de forma tan fácil es fascinante. De momento el Blog va dando buenos resultados y creemos que se puede mejorar más.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IZUEL JESUS
SEVILLA MERMEJO CONCEPCION
HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
RAMOS LORENTE MARIA
SALAZAR LEON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización

Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones se han considerado las siguientes:
- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.
Se precisa la renovación del maletín de urgencias domiciliarias, por encontrarse muy deteriorado.
Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1342 ========== ***

Nº de registro: 1342

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UD APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, BONED IZUEL JESUS, SEVILLA MERMEJO CONCEPCION, HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU, RAMOS LORENTE MARIA, SALAZAR LEON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologia en atencion primaria
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Enfoque por procesos

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

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora que comenzó el año pasado y que no se ha podido culminar por cambios en la plantilla de personal.

RESULTADOS ESPERADOS
. Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Recordatorio y puesta en marcha de los procedimientos según el cronograma.
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Julia Salazar(auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente (ENF). Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Concepcion Sevilla(MF)/ Arancha Laguardia (ENF) Esterilización: Julia Salazar(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

INDICADORES
. Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas

DURACIÓN
Continuacion desde Enero de 2018
Fin Diciembre de 2018
Formacion segun plan de gerencia de sector
Controles trimestrales del proyecto.
Control mensual de indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LALANA JOSA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
MORENO MARQUEZ ROCIO
TORRES REMIREZ MARTIN
HAMMONDS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE
HERNAIZ CALVO LUIS
CELIX ARIAS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Mª Pilar Lalana Josa como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo 18 septiembre 2018.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Mª Pilar Lalana Josa impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 19 de diciembre de 2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Mª Pilar Lalana Josa, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 19 de diciembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 96 % del equipo.
Estándar: 80%
Resultado 2018: 96%
• Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En San Jose Centro el indicador seleccionado fue:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 2.5%

Este resultado muestra un descenso 0,4 puntos por debajo del valor obtenido en el año 2017, aunque ligeramente superior al objetivo marcado, este descenso es el resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como la guía de tratamiento antibiótico empírico permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019 con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1304 ========== ***

Nº de registro: 1304

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
LALANA JOSA MARIA PILAR, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, MORENO MARQUEZ ROCIO, TORRES REMIREZ MARTIN, HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE, HERNAIZ CALVO LUIS, CELIX ARIAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Otro Tipo Patología: Uso racional de antibioticos
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
• Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL PASCUAL LABORDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANIA LOBERA ANA MARIA
GRACIA GARCIA MARIA ELENA
GRASA SORO MARIA TERESA
JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA
LAZARO MARTINEZ CONCEPCION
MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA
SORANDO ARRAZOLA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tomando como punto de partida los datos de 2016 y aplicando aquellos puntos de mejora propuestos para 2017 (lo que se ha producido desde el día 17 de febrero), establecer su comparación con el ejercicio anterior, siguiendo la misma fórmula y parámetros de medición.
Reuniones trimestrales de la unidad administrativa, información periódica en las reuniones del EAP, información del proyecto en el Consejo de Salud. Reuniones con la responsable de Calidad del EAP.
No se han empleado recursos específicos o extraordinarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ALTAS DE PACIENTES: destacar la disminución de peticiones sin respuesta y de aquellos que no disponen de ningún tipo de HC. También el poco uso de los albaranes de entrega y recepción de HC.
En cuanto al tiempo de respuesta, casi un 60% lo hacen en un tiempo inferior a 10 días, pero consideramos que el plazo máximo debería ser inferior a 30 días, incluso para aquellas que se solicitan a otras gerencias de Aragón u otras comunidades autónomas.
El porcentaje de historias recibidas entre uno y diez días desde la petición, ha pasado del 55,52% (2016) al 59,91% (2017).
BAJAS DE PACIENTES: por nuestra parte, el no dejar ninguna solicitud sin respuesta, nos parece prioritario.
En 2016 nos parecía que más de un 71% en el plazo de envío entre 1 – 10 días y de un 87% antes de 30 días, era un resultado adecuado, pero deberíamos tender a conseguir un porcentaje todavía mayor en dicho periodo, superior al 95%. En 2017 se ha conseguido más de un 97% para un periodo inferior a 10 días y más de un 99% antes de 30 días.
De las 984 historias enviadas antes de 10 días, 835 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y 101 al día siguiente (teniendo en cuenta que el nuevo protocolo no entró en funcionamiento hasta el 17 de febrero), lo que sin duda debe considerarse un buen resultado, todavía mejorable en 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El no retorno de casi un centenar de albaranes, resulta un tanto desalentador, ya que si bien el acompañar con ellos las HC depende de los otros centros, el no devolver los que enviamos nosotros puede ser incluso un signo de mala educación. A éste respecto, creemos que (a pesar de haberlo hecho con anterioridad) la Dirección de Área debería recordarlo periódicamente al resto de centros, incluso de distintas áreas y comunidades autónomas.
La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano (incluso por el propio usuario) y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.
Los datos obtenidos en el periodo 2018 (primero de aplicación al completo del nuevo protocolo), deberían confirmar y justificar que se está trabajando en la buena dirección.

7. OBSERVACIONES.
Esta memoria se confeccionó en julio de 2018.
Si fuera posible enviar un documento en el que se incluyeran tablas y gráficos, se vería con mayor claridad los resultados y avances obtenidos, sobre todo en la memoria final del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/194 ========== ***

Nº de registro: 0194

Título
CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

Autores:
PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL, ANIA LOBERA ANA MARIA , GRACIA GARCIA MARIA ELENA, GRASA SORO MARIA TERESA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA, LAZARO MARTINEZ CONCEPCION, MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA, SORANDO ARRAZOLA JUANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Manejo documentación

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

PROBLEMA
Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016-2019, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta.
El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico) es en nuestra opinión un buen sistema, que nos permite seguir la ruta de la HC "física", tanto en altas como en bajas de nuestro CS, pero hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que se han puesto en marcha en 2017 y se confirmarán en 2018-2019.
Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en nuestro centro, las acciones se centrarán principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.
Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producen por la pérdida del documento de petición, una vez que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse traspapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión.
El primer punto de mejora, es el repaso sistemático de peticiones que están sin respuesta, después de 30 días. Ya se realiza desde el último trimestre de 2016.
En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizan para dichas peticiones, parece más acertada la opción de que los médicos suscriban un permiso para que sea el propio servicio de admisión el que gestione totalmente dicho envío.
Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.
Otro punto en el que se han detectado fallos, es que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, que solo se detecta al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permite hacerlo de forma diaria.
La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

RESULTADOS ESPERADOS
Un mayor control individualizado de la HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios (y propios usuarios), a la mayor brevedad.
Optimizar los recursos humanos y materiales, sin que impliquen una sobrecarga de trabajo para ninguna categoría profesional.
Recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Ello también facilitará la posterior confección de la estadística.
Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

MÉTODO
Reuniones de la unidad administrativa de nuestro CS con el resto de profesionales, específicas o incluyendo el tema en el orden del día de las reuniones de equipo.
Difusión entre otros Centros de Salud y oferta de los métodos seguidos por si quieren poner en marcha algo similar.

INDICADORES
7.1.- ALTAS DE PACIENTES
* Número de Historias Clínicas que hemos solicitado (100%)
* Comunican que no tienen HC física ni OMI (%)
* Anuladas, duplicadas, erróneas u otros (%)
* Recibidas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 60 días (%)
* Sin respuesta (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

```
        * Acompañan albarán (%)
        * Sin albarán (%)

        7.2.- BAJAS DE PACIENTES
        * Número de Historias Clínicas que nos han sido solicitadas (100%)
        * Sin HC física ni OMI (%)
        * Anuladas, duplicadas, derivadas a otros o erróneas (%)
        * Enviadas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
        * Enviadas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
        * Enviadas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
        * Enviadas en plazo superior a 30 días (%)
        * Enviadas en plazo superior a 60 días (%)
        * Sin respuesta (%)
        * Albaranes emitidos (%)
        * Albaranes devueltos (%)

Evaluación anual de los resultados en el periodo 2016-2017 y trimestral en el periodo 2018-2019. Los resultados
obtenidos en la estadística de 2016, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también
podría ofrecer resultados erróneos.
Evaluación final del proyecto, memoria y exposición.

DURACIÓN
Tres años, de 2017 a 2019. Inicio en enero 2017 y finalización en marzo de 2019.
Evaluación, revisión y corrección en diciembre 2017, marzo 2018, junio 2018, septiembre 2018, diciembre 2018 y
marzo 2019.
Conclusiones y redacción de la memoria en mayo 2019.

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
GIMENO VALDES MARIA JESUS
PARDO MONZON ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentación y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentación aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejo la consulta de esta documentación en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzó a poner en marcha el control e inventario de almacén, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilización, el personal responsable tuvo una sesión formativa, organizada desde la dirección de enfermería del sector, existiendo también la posibilidad de consultar la documentación existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son parciales.
En lo referente a la esterilización el procedimiento se esta llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.
En lo referente al control de almacén y material, los procedimientos están iniciados pero no concluidos.
No hay indicadores específicos de cada procedimiento.
El indicador propuesto era común para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.
Por parte de las personas encargadas de estas áreas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir están al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicación de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la única manera de saber si la mejora es real o no.
La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporación de personal, tras las jubilaciones y traslados, darán mayor estabilidad al equipo y se mantendrán mas fácilmente los proyectos en el futuro.
Consideramos indispensable para el el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.
Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San Jose Norte por convivir en la misma estructura física.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/396 ========== ***

Nº de registro: 0396

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

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

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxilar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
GARCES GIL SONIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
MAINAR GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización

Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones se han considerado las siguientes:
- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/396 ========== ***

Nº de registro: 0396

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

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

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxilar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GASCON GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABANTO VIAMONTE ANTONIO
GOMEZ FERRERUELA LAURA
RODRIGUEZ ELENA LORENA
PASTOR POU LAURA PILAR
GUILLEN BOBE ALBERTO
ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Antonio Abanto Viamonte como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.
La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.
4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo 18-9-2018
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Antonio Abanto Viamonte impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 19 de diciembre de 2018, a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Antonio Abanto Viamonte, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El 19 de diciembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100% del equipo.
Resultado 2018: 100%
• Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En San Jose Norte el indicador seleccionado fue:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,4 %
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 3.5%

Este resultado muestra que no se ha logrado el objetivo marcado de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, incluso se ha mantenido el mismo consumo que el año anterior, lo que puede tener un impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, aunque no se han logrado todos los objetivos marcados para el año 2018, en concreto la reducción del consumo de cefalosporinas de 3ª generación. El proyecto de 2018 se considera finalizado.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como la guía de tratamiento antibiótico empírico permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019 con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1310 ========== ***

Nº de registro: 1310

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
GASCON GASPAR JOSE LUIS, ABANTO VIAMONTE ANTONIO, GOMEZ FERRERUELA LAURA, RODRIGUEZ ELENA LORENA, RODRIGUEZ MARCO ELENA, PASTOR POU LAURA PILAR, GUILLEN BOBE ALBERTO, ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Uso racional de antibioticos
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,4 %
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

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 - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
LOPEZ PEREZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos distribuido los trípticos de información realizados desde esta unidas e impresos en esta consulta corresdientes a este programa preventivo, hemos llevado a cabo las actividades de formación mediante charlas personalizadas de habilidades y destrezas en técnicas de higiene, control de dieta, etc. Se he informado a cada paciente su estado de salud bucodental y las mejoras obtenidas en las visitas de control sucesivas.
Así mismo se ha formado a las futuras madre sobre la higiene bucal y dieta saludable del recién nacido con técnicas básicas y efectivas enfocando así nuestro programa preventivo en neonatos.
Se ha realizado, primera visita a todas las pacientes que han acudido a consulta pertenecientes al programa y se les ha recitado con la periodicidad marcada.
Este programa se ha llevado a cabo en colaboración con la matrona del centro de salud y se ha reseñado en la historia de cada paciente que ha sido remitido por interconsulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 han sido atendidas en la unidad 59 embarazadas, a cada una de ellas de le ha realizado apertura de historia clinica en la que se reseña la exploración bucodental completa, tanto de partes blandas, como estructuras óseas, se la llevado a cabo la medición de los índices gingivales y periodontales, mediante sondaje periodontal y revelador de placa (índice de o´Leary y de löe y Silness), en consultas sucesivas trimestrales o mensuales según necesidades con una cifra de seguimiento que se acerca al 80%.
En la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) han visto reducidos dichos índices a la exploración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración es claramente positiva ya que ha implicado una colabolarión intercosultas activa y clara respuesta por parte de los pacientes que se han implicado desde el primer momento y los datos obtenidos en las revisiones son optimistas.
La implantación de este programa tiene un coste inexistente, salvo la implicación de la unidad en la impresión de los trípticos.
Reseñar la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas preventivos en general y este en particular tanto en la embarazada como en la prevención de caries en el niño.

7. OBSERVACIONES.
Hemos tenido que realizar los trípticos en la impresora de la consulta y comprar el revelador de placa.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/9 ========== ***

Nº de registro: 0009

Título
PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, LOPEZ PEREZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

PROBLEMA
Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo.
Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación.
El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.
Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.
Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.
Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio.
La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

MÉTODO
Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla.
Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

INDICADORES
Indices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

DURACIÓN
Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimento durante el mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
LOPEZ PEREZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos distribuido los trípticos de información realizados desde esta unidas e impresos en esta consulta corresdientes a este programa preventivo, hemos llevado a cabo las actividades de formación mediante charlas personalizadas de habilidades y destrezas en técnicas de higiene, control de dieta, etc. Se he informado a cada paciente su estado de salud bucodental y las mejoras obtenidas en las visitas de control sucesivas.
Así mismo se ha formado a las futuras madre sobre la higiene bucal y dieta saludable del recién nacido con técnicas básicas y efectivas enfocando así nuestro programa preventivo en neonatos
Se ha realizado, primera visita a todas las pacientes que han acudido a consulta pertenecientes al programa y se les ha recitado con la periodicidad marcada.
Este programa se ha llevado a cabo en colaboración con la matrona del centro de salud y se ha reseñado en la historia de cada paciente que ha sido remitido por interconsulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 han sido atendidas en la unidad 59 embarazadas, a cada una de ellas de le ha realizado apertira de historia clinica en la que se reseña la exploración bucodental completa, tanto de partes blandas, como estructuras óseas, se la llevado a cabo la medición de los índices gingivales y periodontales, mediante sondaje periodontal y revelador de placa (índice de o´Leary y de löe y Silness) en consultas sucesivas trimestrales o mensuales según necesidades con una cifra de seguimiento que se acerca al 80%, .
En la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) han visto reducidos dichos índices a la exploración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración es claramente positiva ya que ha implicado una colabolarión intercosultas activa y clara respuesta por parte de los pacientes que se han implicado desde el primer momento y los datos obtenidos en las revisiones son optimistas.
La implantación de este programa tiene un coste inexistente, salvo la implicación de la unidad en la impresión de los trípticos.
Reseñar la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas preventivos en general y este en particular tanto en la embarazada como en la prevención de caries en el niño.

7. OBSERVACIONES.
Hemos tenido que realizar los trípticos en la impresora de la consulta y comprar el revelador de placa

*** ========== Resumen del proyecto 2018/9 ========== ***

Nº de registro: 0009

Título
PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, LOPEZ PEREZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

PROBLEMA
Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo.
Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación.
El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.
Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.
Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.
Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio.
La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

MÉTODO
Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla.
Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

INDICADORES
Indices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

DURACIÓN
Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimento durante el mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0012

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ FERRERUELA LAURA
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
NAVARRO SALDAÑA LUISA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEIS SESIONES REFERENTES A CUIDAR A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS, ASPECTOS Y MOTIVOS DEL CUIDADO, AYUDA Y PROMOCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL, VESTIDO, DESPLAZAMIENTOS, TRANSFERENCIAS Y MOVILIZACIONES, ALIMENTACIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS), APRENDER A CUIDARSE, RECURSOS SOCIALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES.
AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES
CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBSERVA MENOR INCIDENCIA EN LA APARICION DE ULCERAS POR PRESIÓN
MEJORA EN LAS RELACIONES DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD,
LOS ASISTENTES MANIFIESTAS UN ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ACTIVIDAD.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/12 ========== ***

Nº de registro: 0012

Título
TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, NAVARRO SALDAÑA LUISA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, BECERRIL GERMAN CARMEN, GOMEZ FERRERUELA LAURA, GRAMUGLIA NUÑEZ CATERIAN, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobre carga del cuidador
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar Calidad de vida y cuidados

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

PROBLEMA
Necesidad de aportar información y formanción a los cuidadores para atender mejor a sus famliares dependientes.

Desconocimiento de los recursos sociosanitarios para el cuidado y atención a su disposición.

Coste emocional importante asociado al rol de cuidador/a.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0012

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Apreciación del empeoramiento global en la salud de los cuidadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de los cuidados

Mejorar la calidad de vida de los cuidadores

Hacer una utilización racional de los recursos sociosanitarios.

MÉTODO
Realización de 6 sesiones formativas (los días 7, 14, 21, 28 de febrero 2018 y 7, 14 de marzo 2018)

desde la prespectiva sociosanitaria y psicológica.

INDICADORES
Respuesta positiva a la convocatoria de, al mentos, un 75% . Medido con las hojas de registro de apuntados y asistentes.

Asistencia de, al menos, a un 80% de las sesiones. Medido a trvés de las hojas de firma de asistencia.

Satisfacción de los asistentes: 4 sobre 5, medido a través de la hoja de evaluación que se pasa en la última sesión.

DURACIÓN
Enero 2018 inf. en centro de salud, Asociación de Vecinos y Glog del centro de la actividad que se va a desarrollar
7, 14, 21. 28 febero y 7, 14 de marzo 2018.

Marzo, abril 2018 evaluación de la actividad.

OBSERVACIONES
Es dificultoso que los profesionales y cuidadores se impliquen en todas las fases del proyecto

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1143

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA ARRIETA HIGUERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARILLA PORTALATIN MARIA PILAR
AYARZA IZAGUIRRE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 SESIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SATISFACTORIA. IESS PABLO GARGALLO, DIRECCION

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
BUENA VALORACION, SE DEBERIA INTENTAR DE NUEVO CON MAS TIEMPO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1143 ========== ***

Nº de registro: 1143

Título
HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

Autores:
ARRIETA HIGUERAS ELENA, ARILLA PORTALATIN PILAR, AYARZA IZAGUIRRE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promocion salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La trabajadora social del IES Pablo Gargallo ubicado en la Zona de Salud solicita colaboración con el centro por un problema de higiene que hay en el mismo en parte del alumnado. Se analiza la situación social y de determinates de la salud de la población objeto conjuntamente con el IES y se propone establecer un proyecto de promoción de la salud en este tema. Se considera que el entorno mejor para hacer una acción de este tipo es el instituto y el entorno del alumnado para actuar con equidad y con la población que lo precisa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la situación de higiene en el alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo con una acción
-Aprendizaje por parte de los alumnos de la relación que existe entre higiene, salud y mejora de autoestima para que lo apliquen en su vida diaria
-Inicio coordinación educativa y sociosanitaria con el institutito de la zona
-Servir para iniciar la puerta en marcha del servicio de atención comunitaria en el EAP
Población Diana: alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo

MÉTODO
Acciones de coordinación del equipo del proyecto con la trabajadora social del centro educativo para el diseño y la puesta en marcha del proyecto
-Información y comunicación del proyecto en el EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1143

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

-Acciones de preparación y diseño de los materiales y actividades (se contará con apoyo del SARES, salud pública)
-Actividades en el instituto. Actividades muy participativas realizadas por profesionales del equipo junto con profesores, educadores y trabajo social del instituto. Trabajo con visionado de cortos y uso de tecnologías de la información en las que a través de juego se adquieran conceptos y habilidades para poder desarrollar elecciones y actitudes mas saludables en el tema de la higiene. Todas las actividades fomentaran el respeto y la mejora de la autoestima. Para las actividades se dispondrá del material que ofrece el instituto, asi como del material y recursos diseñados por el equipo de trabajo para tal fin (juego higiene-salud).
-Refuerzo desde las consultas de atención primaria a las que puedan acudir el alumnado o sus familias con los mismos mensajes.

INDICADORES
Se evaluará
-Proceso de coordinación y diseño de la actividad (si se responde a los objetivos, si se respeta la equidad, si es participativa)
-La realización de la actividad (asistencia, dificultades, participación)
-Conocimientos y creencias previas y posteriores a la realización.
-Cambios detectados en las aulas tras el proyecto y/o en las consultas del centro de salud

DURACIÓN
Se desarrollará a lo largo del curso escolar,en los meses de Abril, Mayo, Octubre y Diciembre den 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 - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR LOPEZ ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES ROMERO CARMEN
ARRIETA HIGUERAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Pilar López Esteban como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.
La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo el día 22 de junio.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Pilar López Esteban impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 13/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Esa persona es Pilar López Esteban, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 13 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 97% del equipo.
Estándar 2018: 80%
Resultado 2018: 97 %
• Se ha realizado una sesion relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.que tuvo lugar en el Centro de Salud el día 13 de noviembre de 2018.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En San José Sur el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 19,0%
Objetivo 2018: =19%
Resultado 2018: 20%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo porcentaje de consumo de macrólidos respecto al total de antibióticos, por lo que se plantea que es necesario trabajar con el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, excepto en reducir el consumo de macrólidos. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, excepto en reducir el consumo de macrólidos. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1234 ========== ***

Nº de registro: 1234

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
LOPEZ ESTEBAN PILAR, GARCES ROMERO CARMEN, ARRIETA HIGUERAS ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSE SUR se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA)/ Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 19,0%
Objetivo 2018: < 1

DURACIÓN
Cronograma:
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA
PASTOR SANZ MARTA
NUIN CONS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año hemos elaborado 5 audiovisuales:
-El poder del chaleco.
-En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
-En el barrio del Gancho nos cuidamos.
-Pasacalles del Gancho.
-Colaboración con la iniciativa Danza trayectos “Abrazos”

De estos, el proyecto más completo y al que haremos referencia en la evaluación es la elaboración del cortometraje “El poder del chaleco”. Los otros audiovisuales o bien son proyectos mucho más sencillos o son una actividad más de otros proyectos no presentados como proyectos de mejora.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El poder del chaleco, fue un proyecto colaborativo llevado adelante entre el centro de salud y :
- Amediar: colectivo que trabaja en temas de mediación y gestión de conflictos en el barrio. Como muchos de estos conflictos tienen relación con temas de limpieza y ruido en el barrio, éstos son temas que trabajan habitualmente. Cada año realizan la formación de un grupo de agentes comunitarios, que son un grupo de vecinos del barrio, que son formados, para que luego sean ellos mismos los que trabajen desde el barrio en temas de mediación y gestión de espacios.
- Grupo de teatro comunitario del Gancho: éste es un grupo de teatro gestionado desde el Centro Social Comunitario Luis Buñuel. Es un proyecto que parte de la convicción de que el arte mejora la calidad de vida de las personas y la de la comunidad.
Nace de la voluntad de juntase, organizarse y expresarse colectivamente. Es un proyecto teatral de la comunidad para la comunidad. Tiene como fundamento de su hacer, la convicción de que toda persona es esencialmente creativa y que sólo hay que crear el marco y dar la oportunidad para que esta faceta se desarrolle. Trabaja desde la inclusión y la integración, por lo tanto es abierto a toda persona que se acerque y quiera participar, de manera voluntaria y en carácter amateur, es decir, con amor por lo que se hace. Está abierto a la participación de cualquier persona, sin importar la experiencia o la edad.

Para el desarrollo de este proyecto hemos realizado las siguientes actividades:

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

- Reuniones conjuntas para realizar una lluvia de ideas para la elaboración posterior del guion. (2 reuniones)
- Elaboración del guion con las ideas recogidas.
- Reuniones conjuntas para organizar el rodaje: cronograma, fechas de rodaje, reparto de papeles, materiales necesarios, y necesidades para cada día de rodaje (2 reuniones).
- Reunión con laboratorio audiovisual Zaragoza cultural del centro de historias, para préstamo de material.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Reunión con la persona encargada de crear la canción final del cortometraje.
- Ensayo con el grupo de flamenco Tirititrán, junto con el resto de colaboradores de la canción final del cortometraje.
- Contactos con otros colectivos colaboradores: Asociación de vecinos Lanuza-casco Viejo, Grupo de paseantes del centro de salud, REMAR, Ozanam, para concretar las colaboraciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

Se diseñó un cartel para difundir on line pidiendo colaboración y convocando a personas interesadas en participar, para el ultimo día de rodaje, dia en el que se rodó la canción final.
El corto se presentó al certamen cine y salud y al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud sobre Salud Comunitaria. Los dos certámenes tienen un periodo de difusión on line, de cara a difundir los cortos y según las visualizaciones entregar el premio del público.
Cartelería y folletos, aunque sobre todo difusión on line de la convocatoria para el estreno del corto en el centro social comunitario Luis Buñuel.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Artículo en el Heraldo de Aragón preguntando sobre el cortometraje y el problema de limpieza que es sobre el que incide el corto.

INTERVENCIÓN

El rodaje se organizó en 3 sesiones, realizadas en fin de semana que es cuando la disponibilidad de los colaboradores era mayor:
-El primer día se rodaron en el local de Amediar, las entrevistas a los superheroes.
-El segundo día se rodaron en el barrio las escenas de situaciones cotidianas que ocurren en el barrio en torno a la limpieza
-El tercer día se rodó la escena final del cortometraje con la canción que lo cierra.

Participación en la jornada del Dia Mundial de la Salud, jornada a la que acudimos con muchos de los colaboradores.

Estreno del corto en el CSC Luis Buñuel en un acto que contó también con actuaciones del Grupo de teatro comunitario y el Grupo de Flamenco Tirititran.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS
Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 5 audiovisuales:

El poder del chaleco.
En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
En el barrio del Gancho nos cuidamos.
Pasacalles del Gancho.
Colaboración con la iniciativa Danza trayectos “Abrazos”

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.

El material ha sido elaborado. Dicho material responde a una problemática que afecta al barrio de distintas maneras y que es la limpieza y gestión de residuos en el mismo. Es un problema muy presente y que directa e indirectamente afecta a la salud de las personas.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.

Este ha sido uno de los puntos fuertes del proyecto. Este proyecto ha sido un proyecto colaborativo entre 3 entidades que a la vez tienen fuertes vínculos con otras entidades y vecinos del barrio. La elaboración del cortometraje ha precisado bastantes reuniones y momentos que compartidos han hecho que los vínculos que ya existían se hayan fortalecido y a la vez, hayamos conocido a nuevos vecinos y personas con las que hemos creado nuevos vínculos. A la vez el estreno del corto congregó a muchas personas y colectivos del barrio que normalmente no coinciden en el mismo espacio: Personal de servicios sociales y usuarios, personal del centro de salud, personas vinculadas al CSC Luis Buñuel y paseantes del centro de salud, vecinos del barrio de colectivos y etnias diversas etc... Ese espacio compartido creemos que alimentó un sentimiento de barrio y de pertenencia que es importante alimentar.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.

El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

El audiovisual intenta sensibilizar a los vecinos sobre buenas prácticas en relación con la limpieza del barrio. El audiovisual ha sido difundido y presentado al barrio en distintos espacios como el anterior comentado, pero también en una proyección de cortos al aire libre durante las fiestas del barrio. Además se hizo una entrevista en el Heraldo, que a raíz del corto, se interesó por el tema que aborda y eso sirve a su vez también para sensibilizar sobre el tema.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. En el cortometraje participaron más de 50 personas incluyendo sanitarios y personas de distintos colectivos y vecinos (El Estandart marcado era >10)
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. De las 50 personas implicadas, unos 30 eran usuarios del centro (personas del grupo de paseos, agentes comunitarios, vecinos colaboradores, integrantes del teatro comunitario (Estandart >5)
- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto a contactado con los siguientes colectivos:
Amediar
Grupo teatro comunitario del Gancho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Grupo de flamenco tirititran
Ozanam
REMAR
AVV Lanuza Casco Viejo
Grupo de paseantes del centro de salud.
(Estandart > o igual a 1).

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. Este trabajo lleva en este momento un total de 4965 visualizaciones en Youtube. (Estandart >200)
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. El cortometraje se ha presentado al Certamen Cine y salud, al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud sobre Salud Comunitaria, en las fiestas del Gancho en la proyección de cortos al aire libre (2 días), en el CSC Luis Buñuel, y en sesión de equipo del centro de salud. (Estandart > 5)

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, se celebró el estreno con una gran afluencia de vecinos y se generó un espacio compartido muy intenso.

El hecho de que fuera un proyecto compartido facilitó mucho el desarrollo del mismo. En anteriores trabajos toda la organización de los participantes, materiales necesarios, infraestructura dependía de nosotros. En este caso, gran parte de esas tareas fueron asumidas sobre todo por Amediar, que además, al ser un colectivo muy presente y que llega a muchos vecinos del barrio, consiguió que participaran en el proyecto vecinos, sobre todo gitanos e inmigrantes, que normalmente no participan en actividades de este tipo. El hecho además de contar con el teatro comunitario, facilitó mucho la gestión del tema actores, y como debían actuar. Indudablemente el hecho de ser un proyecto compartido hizo que llegáramos a mucha mas gente y consiguiéramos implicar a sectores del barrio no implicados hasta el momento en los audiovisuales creados.
Respecto a si el hecho de haber hecho el cortometraje ha incidido algo en el tema que aborda, es decir, la limpieza del barrio, creemos que poco. Sí que ha puesto un poco el foco en el tema, un tema que preocupa desde hace tiempo, y recuerda un poco a los vecinos que hacer y no hacer en relación con la gestión de basuras. Somos conscientes que el barrio tiene dificultades estructurales que exigen a los vecinos un compromiso superior al que se exige a los vecinos de otros barrios (portales estrechos, pocas papeleras y contenedores, casas sin ascensor, población envejecida, pobreza....), y que sin resolver previamente algunas de esas cuestiones es difícil conseguir cambios llamativos en el problema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como cierre del proceso escribíamos lo siguiente:
Engancharse en proyectos comunes nos hace crecer, y nos multiplica.
Juntos somos más, y además nos lo pasamos en grande
Que lo difícil se hace fácil.
Que cuando trabajamos juntos, nos hacemos amigos.
Que el barrio y sus vecinos nos abrazan
Que los entornos son importantes y hay que cuidarlos
Que nos sentiimos mas barrio y mas comprometidos con él
y que CUIDANDO NOS CUIDAMOS
Quizás estas lineas resumen lo más importante que hemos vivido al hacer este proyecto colaborativo. Es mucho más rico trabajar en red que solos, que la visión se completa mucho mejor cuando se hace desde distintas perspectivas, y que el reparto de tareas hace que las intervenciones sean más sencillas.
Respecto a la viabilidad, esta linea de trabajo sigue siendo viable. Todos los cortometrajes elaborados sentimos que han generado experiencias y dinámicas muy positivas, que han permitido difundir y visibilizar experiencias e ideas y la idea es seguir trabajando en esa línea.
Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1567 ========== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales deformación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar.Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboracion del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educacion para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones.
Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la linea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial.
Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos
OBJETIVOS GENERALES:
. Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
. Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
. Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
. Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO
Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.
Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.
Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.
Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.
Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.
- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.
- Organización del plan de rodaje (analisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...).2-3 reuniones
- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.
- Montaje posterior. 1 mes
- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)
RECURSOS MATERIALES
Dos cámaras.
Grabadora y micrófono.
Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA
- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes. Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN
En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 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 - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MAZA INVERNON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS
ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA
MARCO BRUALLA MARIA
CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES
SALANOVA SERRABLO HELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1ª fase: Detección de la necesidad / oportunidad de intervención. Este grupo se formó por el convencimiento de que es necesario abordar con nuestros pacientes los aspectos inseparables positivos y de riesgo que ofrecen todos los tratamientos farmacológicos. La necesidad de recalcar la importancia de mantener buenos hábitos para conseguir una mejor salud, más allá de la toma de fármacos.
2ª fase: Elaboración de un proyecto para establecer esa comunicación con nuestros pacientes. Se optó por el formato coloquio, fomentando en lo posible la participación de los asistentes. Los temas a tratar se distribuyen en 2 coloquios que se realizan periódicamente en 2 jueves consecutivos.
La selección de pacientes invitados se hace desde las consultas de todo el equipo del centro, que de esta forma se implica colaborando también en el proyecto. Desde Admisión del centro también se colabora facilitando la asistencia de los pacientes
3ª fase: Realización de los coloquios. Hasta el momento se han realizado 4 ediciones (de 2 coloquios cada una) con la participación de un total de 82 pacientes
4ª fase: Evaluación del proyecto. Las encuestas de satisfacción repartidas a los pacientes una vez concluida la actividad son muy satisfactorias. También se reparte a los asistentes un pequeño cuestionario de conocimientos previos y posteriores al coloquio, que muestra la asimilación de los contenidos.
Los profesionales implicados también valoramos positivamente la experiencia, y hemos introducido algunas modificaciones a lo largo del tiempo de cara a mejorar la actividad.

Para el desarrollo de la actividad se ha preparado material audiovisual así como material iconográfico y escrito para entregar a los pacientes como recordatorio al terminar la actividad.

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS
Para el buen desarrollo de la actividad hemos necesitado coordinarnos entre el grupo directamente implicado y el resto de los componentes del equipo de nuestro centro.
Difundir y recordar el día en el que se invita a los pacientes para participar en la actividad entre los que acuden a las consultas de medicina y enfermería. Entregarles la invitación y una breve explicación sobre el contenido del coloquio
Al final de la mañana de selección, los componentes del grupo recogen el listado de pacientes invitados y sus teléfonos de contacto para recordarles unos días antes del coloquio
Entregar el listado de pacientes seleccionados a Admisión para que se les cite en la agenda de actividades de promoción de la salud
Designar quiénes van a ser los ponentes y los observadores de los coloquios
Preparar las encuestas pre y post actividad
Preparar el material que se utiliza durante el coloquio para dinamizar y facilitar la participación así como los documentos que se reparten a los asistentes para que se lleven a casa con ideas tratadas en el coloquio que queremos recalcar
El día de la sesión preparar la sala con las sillas en círculo, el material audiovisual

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN
La actividad se ha difundido desde el inicio en las consultas, también mediante entradas en el blog “Salud en el Gancho” y en el Consejo de Salud
Participamos también en las en las XI Jornadas sobre Seguridad del Paciente celebradas en Junio de 2018 en Madrid presentando una Comunicación Oral
También participamos en las Fiestas del Barrio de San Pablo con un stand en el que se repartió material relacionado y se comentaron algunos temas tratados en el coloquio con vecinos del barrio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consultas). Objetivo >o= 70 %.
Febrero 65 %
Abril 80 %
Junio 61 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Noviembre 100 %
MEDIA: 76,5 %

% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad (escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 %.
Febrero 97 %
Abril 100 %
Junio 100 %
Noviembre 100 %
MEDIA: 99,25 %

% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes. Objetivo (>o= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)
Febrero 100 %
Abril 100 %
Junio 100 %.
Noviembre 100 %
MEDIA: 100 %

% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador). Objetivo: 75 % talleres con participación activa

Datos de los observadores internos:
Febrero 5 observadores por sesión
Abril 3 observadores por sesión
Junio 3 observadores por sesión
Noviembre 5 observadores por sesión

Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3 talleres / año)
En 2018 se realizaron 4 ediciones de 2 talleres cada una, en los meses de Febrero, Abril, Junio y Noviembre. En cada una de las ediciones, los asistentes fueron diferentes a las demás

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES
El tema despierta interés y es muy bien acogido por nuestros pacientes.
Por parte de los profesionales directamente implicados en el proyecto también se percibe la importancia y la necesidad de continuar difundiendo el uso prudente de los fármacos y de potenciar los hábitos saludables. Nos parece importante también difundir la idea de la salud en su concepto más amplio, y que su cuidado va más allá de la toma de medicamentos

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES

Estaría bien que desde las Instituciones Sanitarias se enviasen más mensajes en consonancia con este planteamiento, tal como la campaña que la DGA difundió en Mayo de 2018, “La vida es más que pastillas”

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/771 ========== ***

Nº de registro: 0771

Título
MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Autores:
MAZA INVERNON ANA CRISTINA, GOMEZ MAINAR IRIS, MARCO BRUALLA MARIA, SALANOVA SERRABLO HELENA, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS, ALONSO LOPEZ CRISTINA, CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los profesionales de nuestro centro habitualmente abordamos la cuestión de la seguridad en el uso de los fármacos en nuestras diferentes sesiones clínicas y actividades formativas. Somos conscientes de la importancia de que los propios pacientes se impliquen en las decisiones que afectan a su salud y conozcan la importancia del uso seguro de los fármacos que utilizan. Con este objetivo, emprendimos una actividad de educación para la salud con nuestros pacientes dirigida a difundir la cultura del uso seguro y racional de los medicamentos

RESULTADOS ESPERADOS
-Divulgar la necesidad del uso prudente de los fármacos
-Dar a conocer la evidencia de que cualquier fármaco, por seguro que sea, conlleva posibles riesgos derivados de su uso
-Fomentar la notificación de efectos indeseables de los fármacos al personal sanitario
-Resaltar la importancia de las medidas no farmacológicas y los hábitos saludables en el cuidado de la salud
-Fomentar entre los asistentes el espíritu crítico ante la publicidad de fármacos de venta libre y alimentos funcionales

MÉTODO
Para esta actividad es necesaria la colaboración de todo el equipo de nuestro centro que se implica en la invitación de los pacientes a la actividad.
Se hace captación activa de los pacientes desde las consultas en los primeros días del mes en que se van a realizar los coloquios. Además de la invitación, se les entrega una encuesta anónima en la que se recogen datos generales del paciente y un breve cuestionario acerca de los conocimientos previos sobre los temas que se van a tratar Posteriormente, el grupo de profesionales implicados en la actividad contactan con los pacientes unos días antes del primer coloquio para recordar y asegurar la asistencia
La actividad se estructura en 2 coloquios que se celebran cada 2 meses en jueves consecutivos en los que se abordan los diferentes temas. Se fomenta la participación de los asistentes mediante preguntas abiertas y se proyectan algunos vídeos
Al terminar se les entrega a los asistentes una breve encuesta de satisfacción sobre el desarrollo de la actividad y material escrito y conciso de lo hablado durante la reunión para facilitar el recuerdo de lo comentado y fomentar la reflexión

INDICADORES
-% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consulta médica) . Objetivo >o= 70 % .
-% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad
(escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 %.
-% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes . Objetivo (>o= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)
-% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador) . Objetivo: 75 % talleres con participación activa
-Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3) talleres / 1 año.

DURACIÓN
Desde el año 2016 se empezó a trabajar con el proyecto que se fue perfilando poco a poco en cuanto a delimitación de los contenidos y profesionales que querían participar
En Noviembre de 2017 convocamos una reunión con los pacientes de nuestra zona de salud que quisieron acudir para recabar las ideas que les pudiesen interesar en el tema de los medicamentos.
Entre el mes de Diciembre de 2017 y Enero de 2018 se terminó de dar forma definitiva a la actividad y a decidir los contenidos y material a utilizar
En el mes de Febrero se celebraron los 2 primeros coloquios y en Abril se desarrollaron otros 2.
Se plantean para Junio otras dos sesiones

OBSERVACIONES
Se trata de un proyecto que tenemos intención de continuar de forma estable, realizando aproximadamente coloquios cada 2 meses para ir llegando poco a poco al mayor número de pacientes posible

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA SAGASTE ROMEO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO MILAGROS
ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recien nacido del pediatra.
También hay un cartel informativo en el tablon de anuncios de pediatria y se comenta en la revision del recien nacido la existencia de este grupo.
Las sesiones se han realizado los viernes de 12 a 2 en el gimnasio anexo a la consulta de la matrona. Se han realizado todos los viernes del año excepto los que coincidian con periodos vacacionales no sustituidos de la matrona.
El grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circustancias ya no pueden acudir. de manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.
Las sesiones son espacios de compartir vivencias y dificultades de esos primeros meses de crianza, y tienen también una parte formativa en la que se han impartido a lo largo del año, por parte de la matrona:

Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recien nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.
Sexualidad en el postparto.

Asimismo han acudido a impartir sesiones:

Pediatria del centro de salud. Cuidados y enfermedades frecuentes.
Fisioterapia del centro de salud. Desarrollo psicomotor de los niños
Taller de porteo.
Taller de sexologia por parte de Desmontando a la Pili.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Se había marcado como objetivo: Standart >30 . A lo largo del año se han realizado 44 sesiones.
De una manera rotativa se han impartido las siguientes sesiones diferentes:
Numero de sesiones con contenidos específicos impartidas en un año. Nos habíamos marcado como Standart >8. Se han realizado 12 SESIONES con los contenidos desarrollados en el punto anterior.
La media de mujeres que asisten son unas 8 por sesión. En total a lo largo del año pasan por las sesiones unas 30 mujeres.
De una manera cualitativa, las madres expresan una gran satisfacción con el espacio, que les ayuda a compartir dudas, dificultades y sentimientos con otras madres en su misma situación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general, como todos los grupos de apoyo, el grupo cumple esa función de apoyo, en un momento crítico para muchas madres. El compartir miedos, dudas y problemas con otras personas que están pasando lo mismo, ayuda a sentirte acompañado, y a rebajar el nivel de ansiedad y preocupación.
Parte de la dinámica del grupo la llevan las mismas madres, que conforme van pasando sesiones y van resolviendo dudas, se convierten a su vez en consejeras de las nuevas madres que se van incorporando al grupo. Esto favorece la autoestima y empoderamiento de las madres.

Como aspectos pendientes en estos grupos, es la presencia de los padres, que siguen participando muy poco en los espacios de crianza.
Otro aspecto que puede ser positivo y negativo es la propia vinculacion afectiva que hacen las madres entre ellas. En principio es muy positivo, porque el que se sientan afectivamente vinculadas a otras madres que acuden al espacio, hace el espacio más rico y favorece la fidelidad y compromiso con el espacio. Pero por el contrario a veces un grupo cohesionado dificulta la integración de nuevas madres que se incorporan al espacio, sobre todo si acuden solas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/427 ========== ***

Nº de registro: 0427

Título
GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Autores:
SAGASTE ROMEO TERESA, ALONSO GREGORIO MILAGROS, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

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

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

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud así como numerosas sociedades y organismos recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades de la infancia. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.
Asímismo el periodo posterior al nacimiento de los niños, sobre todo en el caso de familias primerizas suele ser un momento complicado, con numerosas dudas y miedos en torno a la crianza de los hijos, que generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra.

Los grupos de apoyo a la crianza y la lactancia han demostrado ser muy útiles en la consecución de lactancias más prolongadas, a la vez que son un espacio en el que compartir sentimientos, preocupaciones, miedos y triunfos entre personas en una situación muy parecida.

Además, son grupos basados en el intercambio de información y la aceptación mutua, por lo que forman relaciones positivas que forman una actitud constructiva. Su objetivo consiste en que sus integrantes puedan ser escuchados e incluso asesorados sobre preocupaciones propias y, en definitiva, a tener una mejor relación con su rol como madre o padre

RESULTADOS ESPERADOS
- Conseguir un espacio de comprensión y apoyo donde compartir sentimientos, preocupaciones y miedos en torno a la crianza.
- Facilitar la identificación con un grupo de personas en la mismas circunstancias, y aliviar la sensación de soledad.
- Formar relaciones positivas, basadas en el intercambio de conocimientos, información y aceptación.
- Contribuir al bienestar familiar.
- Adquirir conocimientos y habilidades en torno a temas relacionados con la lactancia y la crianza de los niños en la linea de la parentalidad positiva.

MÉTODO
La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recien nacido al pediatra.

Se colocarán carteles informativos del grupo de crianza en el tablon de anuncios de las consultas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

pediatria.

Las sesiones se realizarán los viernes de 12 a 2 en el gimnasio de la matrona.
EL grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circustancias ya no pueden acudir. De manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.

En cuanto al contenido de las sesiones, habrá sesiones libres sin un tema en concreto, sino abiertas a las preocupaciones e intereses de las personas que acudan en ese momento. Se programará un pool de sesiones que se irán impartiendo en función de los intereses de las madres que esten acudiendo en cada momento, de la disponibilidad de los ponentes y del número de madres que estén acudiendo en ese momento concreto.

Los contenidos de esas sesiones serán:
Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recien nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.
Sexualidad en el postparto.

Para impartir estas sesiones se contará con las pediatras del centro, con el fisioterapeuta, enfermería de pediatria y también con algun profesional externo al centro.

Trimestralmente se pasará una encuesta a las madres en las que se evaluarán satisfacción y conocimientos adquiridos.

INDICADORES
Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Standart >30
Numero de sesiones con contenidos especificos impartidas en un año.>8
Satisfacción de las madres con los contenidos expuestos.
Porcentaje de mantenimiento de la lactancia materna a los 6 meses 70%

DURACIÓN
El grupo funcionará a lo largo de todo el año, salvo periodos vacacionales. Se inicia a principio de año y se incorporan y salen las familias en función de sus necesidades y circunstancias. Interesa sobre todo que participen los 3 primeros meses tras el nacimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el procedimiento de asegurar el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, se han realizado las siguientes actividades:
- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de los procedimientos ISO 9001, ya presentes en determinados equipos, sobre gestión de almacén de fungibles,botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la correcta limpieza y esterilización del material reutilizable.
- Cumplimentación de formulario de registro mensual, con plantillas con fecha, grupo que realiza la revisión (Médico + Enfermería), listado de material y fármacos de los distintos botiquines, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 Grupos de revisión, formados cada uno por médico y enfermería, se realizan 12 revisiones al año, 2 para cada grupo, con una periodicidad de dos veces al mes por cada uno (Médico +Enfermería)
- Informe de realización y cumplimentación por parte de los profesionales,en las reuniones del primer lunes de cada mes, que realiza el EAP, así como la comunicación de desabastecimientos/ necesidades al responsable del petitorio mensual.
- El resultado de las revisiones continúa mejorando el suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación satisfactoria del equipo, lo que repercute en una mejor asistencia y resolución de situaciones en el primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención al paciente, que dependan directamente del Centro de Salud.
- El número de incidencias al mes, de desabastecimiento de algún material o fármaco ha ocurrido en el 100% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), siendo siempre recogido en el formulario de datos la caducidad por no reemplazo o la necesidad del mismo.
- Impacto: 1) Sobre cada profesional del EAP, que determina una mayor implicación en la revisión y adecuación de los recursos materiales.
2) Sobre la población, que accede a los recursos necesarios en cada momento, sin que se produzca una inadecuación de los mismos, por falta de supervisión desde el CS.
3) Sobre el EAP, mejor rendimiento como equipo y colaboración en la revisión del material utilizado por todos en cualquiera de las actuaciones (demanda o urgencia)
- Los indicadores se han realizado mediante 1 formulario que detalla la medicación y materiales en:
a) Coche de Urgencias : Equipamiento (Maletines) y Medicación
b) Carro de Paradas: aparataje instrumental y medicación
c) Maletín de Circulatorio
d) Maletín de Partos
e) Maletín de vía aérea
En cada uno de estos apartados consta el material o medicamento, con el número de unidades del mismo y su fecha de caducidad.
- La revisión estas caducidades se ha medido mediante revisiones cada mes (durante dos veces/ mes) por un médico y un enfermero, asignados anualmente en Calendario (Grupos de revisión- Turnos de Revisión - Periodicidad y modo de revisión)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo, en la realización del programa de mejora, adecuación y conservación en condiciones favorables de los fármacos y materiales, así como la esterilización y desinfección de los mismos, ha resultado muy positiva para un mejor resultado en las actuaciones y una mejora en la atención al paciente.
La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para la realización del pedido mensual del mismo, lo que conlleva una mayor adecuación del almacén del centro de salud.
El proyecto es fácilmente sostenible, continuando y mejorando los indicadores a valorar y contando con la implicación de todo el EAP, lo que favorece la relación de equipo y la mejora en los resultados.
El proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiento el protocolo y valorando indicadores, siempre que se cuente con la participación de los profesionales del EAP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Se podría valorar la adecuación del material informático a nuestra disposición para la realización de estas actividades, puesto que tanto el equipo informático como la línea telefónica, presentan importantes deficiencias, adecuación de programas...actualizaciones.... lo que hace algo complicada la realización de distintos proyectos y registros.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/320 ========== ***

Nº de registro: 0320

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PRODECIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPS LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

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

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes,lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro..Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, vertificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposción. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.
- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.
- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, asi como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, asi como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN BUIL MARIA MAR
ORTIZ OCHOA ALFREDO
MILLAN GINER ESTHER
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES
SANCHEZ TREMPS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
JARABA BECERRIL CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Isabel Monreal Aliaga como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo en los días posteriores a la reunión, pero está comunicación no fue reflejada en ningún acta.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Isabel Monreal Aliaga impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 29/10/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP. A la reunión asistió el 91% del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Isabel Monreal Aliaga, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 29 de octubre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100% del equipo.
Resultado 2018: 100%
• Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
-Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Sástago el indicador seleccionado fue:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,1%
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 3%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo consumo de cefalosporinas de 3ª generación que en el año 2017, y no se ha logrado el objetivo marcado de contener el uso de estos antibióticos de amplio espectro cuyo uso tiene un elevado impacto en el desarrollo de las resistencias bacterianas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, aunque no se han alcanzado todos los objetivos marcados para el año 2018. El proyecto se considera finalizado
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
En Noviembre de 2018, con motivo del procedimiento de movilidad voluntaria, Isabel Monreal Aliaga, responsable del PROA, dejó el centro de salud de Sástago. Siendo sustituida como representante del PROA del C.S. de Sástago Carlos Jaraba Becerril.

Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1277 ========== ***

Nº de registro: 1277

Título
INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA MAR, ORTIZ OCHOA ALFREDO, MILLAN GINER ESTHER, VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, SANCHEZ TREMPS LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SÁSTAGO se considera oportunidad de mejora revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media del Sector y de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
1- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
2- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
3- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,1%
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CELESTE GARCIA LANZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
IRIBARNE FERRER MARTA
RUIZ BARRANCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cumplido los paseos que se programaron durante el año 2018. “Las Andarinas del Tranvía” es una actividad en la que colabora el Centro de Salud Torre Ramona con el Centro de Salud Las Fuentes Norte en realizar paseos los Lunes no festivos de Septiembre a Junio. Se acude 2 veces al mes desde ambos Centros de Salud.
Mediante una reunión con el Centro de Recursos Comunitarios El Tranvía (CRCT) se planificó los días y quienes acudirían desde los Centros de Salud. Desde Septiembre de 2018, se ha elaborado un plan con fechas y los profesionales que se encargan del paseo, algo que buscaban los usuarios del servicio.
No sólo se pasea, también se intervienen en los temas de salud que los usuarios creen que son relevantes. Los temas tratados en 2018 son:
- Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes.
- Beneficios del agua.
- La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.
- La gripe: prevención y cuidados.
- Diferencias entre artrosis y artritis.
- Beneficios del ejercicio físico.
Las rutas que hemos realizado son las siguientes: “Camino de la Alfranca”, “De los Puentes”, “A orillas del río Gállego” y “Soto de Cantalobos”. Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes menos La ruta de los Puentes que consiste en andar por ambas márgenes del río Ebro, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.
Los lunes, que la lluvia impidió salir a caminar, realizamos la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y practicamos estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.
Además de los paseos, se llevaron a cabo 2 talleres, uno de espalda sana dirigido por uno de los fisioterapeutas del centro, y otro de reanimación cardiopulmonar (RCP) por los residentes de enfermería y medicina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son los mismos que han plasmado los compañeros de Las Fuentes Norte dado que estas actividades se realizan de manera conjunta con los profesionales de ambos centros.
Encuesta de satisfacción: los datos recogidos, a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.
Evaluación de Actividades: después de cada paseo se ha llevado a cabo una evaluación con rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:
- El número de participantes en los paseos va de 13 a 35.
- A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos “las Andarinas” suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas como: eficacia de las leches fermentadas y bebidas para bajar el colesterol, dieta para la hipertensión o para perder peso, cómo actuar ante una hipoglucemia, cuáles son las reacciones adversas de la vacuna antigripal, cuidados de la diabetes y dudas sobre la técnica de inyección de insulina, cuidados con el colesterol o si el agua puede ser sustituida por zumos o infusiones.
- Los usuarios que acuden a los paseos, tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, que hay que beber 2 litros de agua y comer 5 piezas de fruta al día o que no se debe abusar de la sacarina.
- También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.
- Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales podemos decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador. En alguna ocasión hemos observado que alguna de las participantes se siente incómoda por ver que algunas compañeras llevan un ritmo superior al suyo.
Los talleres fueron evaluados mediante encuesta y, en general, la evaluación fue muy positiva. Entre los aspectos que nos han pedido mejorar del taller de RCP han sido los muñecos y solicitan realizarlo cada año para refrescar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana realizar más sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018, en el inicio del curso para “Andarinas”, se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida:
- De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes.
- El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%).
- En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.

Con respecto a los indicadores planteados:
- Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó pasar lista de asistencia en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un contaje de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre han asistido el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39. Asistencia de 20 a 35).
- Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): hasta el momento un 67.6% participantes. La encuesta de hábitos de vida se recogió en septiembre (inicio de curso). Al final del curso en junio de 2019, se les preguntará en la encuesta de satisfacción por la frecuencia con la que realizan ejercicio, para ver si ha aumentado desde el inicio de curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las propuestas a mejoras son realizar la encuesta de satisfacción del curso 2019 y comprobar la cantidad de ejercicio físico que hacen a la semana. Con esto se quiere objetivar si al acudir a un grupo de paseo aporta una mayor constancia y aumento de ejercicio físico a la semana.
Un aspecto a mejorar desde el CS Torre Ramona es que acudan más profesionales a realizar los paseos y las intervenciones educativas, tanto en los mismos paseos como en los talleres. Además, en cuanto a los usuarios es la integración en el mismo grupo de participantes que tienen un ritmo más rápido de caminar (avanzado) y otros que lo tienen más lento (iniciación).

7. OBSERVACIONES.
Ha habido cambios en los componentes del equipo de mejora. Los que han formado parte real del proyecto son los que aparecen en esta memoria de valoración. Se ruega que se considere a APARICIO JUEZ SARAY, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, IRIBARNE FERRER MARTA y a RUIZ BARRANCO JESUS (todos ellos enfermeros y trabajadores o que han trabajado en el CS TORRE RAMONA) como los profesionales que han llevado a cabo adelante el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/962 ========== ***

Nº de registro: 0962

Título
PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Autores:
GARCIA LANZON CELESTE, APARICIO JUEZ SARAY, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSEVA MARYNA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

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

PROBLEMA
En la zona básica de salud de Torreramona la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Torreramona, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros del barrio Las Fuentes: La Fuentes Norte y Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

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

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas del los Centros de Salud se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

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

DURACIÓN
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARAY APARICIO JUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LANZON CELESTE
RUIZ BARRANCO JESUS
FORMENTO MARIN NATALIA
CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA
QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ
GONZALEZ ENGUITA MANUEL
RIABTSRVA MARYNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio y se ha establecido una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto.

Se realizó un diagnóstico socisanitario de la zona, para conocer la situación de partida del barrio, sus necesidades y los recursos principales. Mediante una sesión, se trasmitió esta información sobre las características de la Zona Básica de Salud Torre Ramona al resto de profesionales del centro.

También se delimitó el área geográfica que íbamos a mapear y se repartió en diferentes grupos de trabajo que salieron a mapear.

Conforme se iban identificando los recursos, se comprobaba en internet si tenían página web, para ampliar la información. Además, algunos de ellos se visitaron para ampliar la información sobre los recursos o actividades que ofrecen al barrio, como por ejemplo la fundación el tranvía, el hogar de mayores del IASS o el centro cívico salvador allende.

Por último, se compuso un mapa virtual, en la plataforma Google Maps y se presentó a todo el equipo participante y a los profesionales del centro de salud y se colgó una entrada y el enlace en el blog del centro de salud y otros recursos digitales para darlo a conocer a la población general. El mapa se dejo como un recurso abierto a modificaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores, a pesar de su dificultad para su valoración, se han cumplido satisfactoriamente:

En cuanto al Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.

Estándar: 90% El mapa vitual está abierto a modificación y de momento, ningún vecino ni profesional ha añadido ningún recurso más tras su elaboración. Por lo que creemos que se han identificado la mayoría de recursos.

Otro indicador, Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la

reunión x100.

Estándar: 90% Se ha superado el estándar previsto, ya que en todas las reuniones han asistido el 100% de las personas convocadas.

Y por último, Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.

Estándar 40%

Las visualizaciones que tiene el blog actualmente son: 2893 visitas, un número mayor de lo esperado desde su creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La bibliografía consultada, insistía en emplear una metodología participativa con la comunidad y a pesar de haber hecho participes a numerosas entidades del barrio, el desarrollo del proyecto ha sido en su mayoría llevado a cabo por el grupo promotor por falta de tiempo y difícil coordinación. Por lo que, una lección aprendida para futuros proyectos comunitarios, es intentar aumentar la participación ciudadana, pero en el plazo de un año es casi imposible comenzar y terminar un proyecto comunitario junto con el resto de nuestro trabajo diario en consulta.

Pero la satisfacción del personal que ha participado nos lleva a quedarnos con las ganas e ilusión de seguir realizando proyectos parecidos al mapeo de activos y de seguir en comunicación y trabajando en red, por una salud comunitaria mejor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1091 ========== ***

Nº de registro: 1091

Título
REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

Autores:
APARICIO JUEZ SARAY, GARCIA LANZON CELESTE, RUIZ BARRANCO JESUS, FORMENTO MARIN NATALIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSRVA MARYNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

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

PROBLEMA
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.

Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.

Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.

El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).

Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.

-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.

-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.

-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población.

MÉTODO
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.

Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

capacidades, recursos y población:

Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
Delimitar el área geográfica.
Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.
Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

INDICADORES
Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90%
Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.
Estándar: 90%
Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%

DURACIÓN
El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.
En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.
En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.
Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.
En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.
Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.
Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EDGAR PEÑA GALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS CACERES MARIA
GARCIA LANZON CELESTE
GARRIDO SERGIO
BALLESTA JOSE
OTEGUI ILARDUYA LUIS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro del plan de mejora para el 2017 del centro de salud Torre Ramona, se incluyo el proyecto de “Estudio poblacional sobre riesgo cardiovascular en Torre Ramona, diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica”. Como primera actividad fue la realización de un protocolo, para contar con la aprobación de la dirección de AP en el sector 2 para el uso de la base de datos poblacional de Torre Ramona (obtenido en 25 de junio 2018). La segunda actividad fue realizar un análisis de prevalencia de los principales factores de RCV (HTA, DLP, DMT2, TABACO y OBESIDAD) para poder identificar a la población diana, y la tercer actividad realizada en esta primera fase fue medir el nivel de alfabetización en salud (NAFS) de la población hipertensa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La población de estudio fue 9.323 (mujeres: 59,4%). La prevalencia de DM fue de 7,3% (IC95%: 6,7-7,8) siendo mayor en hombres 7,9% vs mujeres 6,8% (p=0,02). El 13,6% son fumadores (IC95%: 12,8-14,2), prevaleciendo más en hombres (17,2%) que en mujeres (11,1%), valor de p <0,01. La prevalencia de HTA, DLP y obesidad fueron de 21,7%, 22,4% y 11,2% respectivamente, no observándose diferencias estadísticas entre sexos. En relación al NAFS, de forma global entorno a un tercio de la población presenta un nivel suficiente o excelente. En relación al apartado de NAFS en prevención de la enfermedad este indicador se mantuvo en hombres 35.3% pero bajo en las mujeres hasta el 16%, y al medir la percepción sobre el acceso al médico de cabecera únicamente el 60% de las mujeres reflejo que es muy fácil en contraste al 88% de los hombres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De forma global los FRCV y el NAFS en Torre Ramona tienen una distribución similar a la española. Es necesario realizar una intervención dirigida para mejorar el nivel alfabetización en la población general, y a su vez enfocada en la prevención de la enfermedad CV a nivel individual.

7. OBSERVACIONES.
esta es la primera fase del proyecto de mejora, la identificación de puntos a mejorar e identificar la población diana. Durante el 2019, se desarrollará la segunda fase, en cual seleccionaremos un grupo de pacientes con al menos un FRCV y se desarrollara una intervención individual para mejorar el NAFS y luego poder medir su impacto con indicadores objetivos ya presentados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1352 ========== ***

Nº de registro: 1352

Título
ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, OTEGUI ILARDUTA LUIS, SAURAS YERA INES, BARCONES MOLERO MARIA FE, GARCIA LANZON CELESTE, RIABTSEVA MARYNA, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, FLORIANO RAMOS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

PROBLEMA
Las enfermedades de origen vascular constituyen uno de los principales problemas de salud en España, son responsables de la mayor pérdida de años potenciales de vida y carga económica para el sistema sanitario. La prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipemia, el tabaquismo o la obesidad, constituyen una de las estrategias mas importantes para reducir su incidencia. Las estrategias de abordaje pueden ser poblacionales o individuales, ambas complementarias, pero en esta última se fundamenta la identificación de las personas con mayor riesgo. La Atención Primaria juega un rol importante en esta estrategia con mayor posibilidad de éxito debido a que es donde un individuo con FRCV se visualiza de forma integral. Existen guías clínicas que establecen medidas farmacológicas y no farmacológicas, todas ellas con beneficios demostrados pero los registros europeos demuestran un cumplimiento sistemáticamente bajo. Entre la causa mas común de esta baja adherencia encontramos tratamientos complejos, efectos adversos, edades avanzadas de los pacientes, bajo apoyo familiar, entre otros. Por ese motivo se hace necesario mejorar el enfoque de la consulta en la intervención con el paciente de FRCV alto al que se le realice un seguimiento repetido.
Los criterios de inclusión son: pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemias de difícil manejo, pacientes con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes con RCV de difícil manejo
Captar la mayor parte de pacientes en riesgo cardiovascular
Disminuir la probabilidad de aparición de eventos cardiovasculares
Alcanzar las metas propuestas según las guías de práctica clínica europeas
Mejorar los indicadores de cumplimiento en cartera de servicios

MÉTODO
Las actividades están enfocadas en intervenciones de nivel individual, con un componente asistencial y otro comunitario.
.- Definir los criterios organizativos para el seguimiento: profesionales, horarios y circuitos.
.- Identificación de los casos a incluir en seguimiento y captación
.- En lo referente al componente asistencial su particularidad radicará en la identificación de aquellos factores farmacológicos, etiológicos y sociales que limiten el alcance adecuado de los objetivos planteados en relación a las guías clínicas europeas.
.- En cuanto al enfoque comunitario de plantea hacer visitas domiciliarias para conocer el contexto del paciente y partiendo de este, proponer alternativas que le ayuden a cambiar el estilo de vida, mejorar la adherencia al tratamiento y estrechar la relación con el equipo sanitario.

INDICADORES
Directos: Son los factores modificables y objetivables en cada pacientes incluido en estudio
Porcentaje de pacientes no fumadores: objetivo 40%.
Porcentaje de pacientes con LDL <70 mg/dl y colesterol NoHDL <100 mg/dl: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes Tensión arterial: PAS < 140 y PAD <90: objetivo 50%
Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 6,5% en paciente con DM < 10 años y <8% en paciente con DM > 10 años: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes con una correcta adherencia al tratamiento farmacológico: Objetivo 80%
Porcentaje de pacientes sin enfermedad cardiovascular con RCV valorado y estratificado: Objetivo 80%
Indirectos: Están conformados por aquellos indicadores de implicación global en los resultados del EAP respecto a DM, LDP, HTA y RCV.

DURACIÓN
La duración del proyecto se fijan para dos años.
Julio- Agosto 2018 realización de los aspectos organizativos y logísticos. Identificación de casos
Segundo semestre del 2018 a primer semestre de 2019 captación de pacientes y primera evaluación.
Segundo semestre del 2019 a primer semestre de 2020 captación de pacientes y evaluación final del proyecto.

OBSERVACIONES
Los puntos críticos del programa están en el tiempo necesario para dar cobertura a dichos pacientes, tanto en el ámbito asistencial en el centro de salud como en el domicilio. Esto se debe a que el punto fuerte del proyecto es optimizar los recursos farmacológicos, asistenciales y sociales.
El CS TorreRamona acoge la formación de MIR y EIR de la especialidad familiar y comunitaria. Esta actividad puede ser beneficiosa para mejorar sus habilidades y destrezas de trabajo en equipo, mejorando la visión global de pacientes con RCV y planificación estratégica comunitaria.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
MARCOS MAYOR LAURA
SANZ MARTINEZ LAURA
BABIANO CASTELLANO BELEN
GARCIA CACHO MILAGROS
GIMENO SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se creó un equipo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente del centro escolar, se revisó bibliografía disponible y actividades similares realizadas en otras instituciones, se consensuó población diana y se elaboró el contenido de ambos talleres (Hábitos de vida saludable y Escuela de espalda sana, unificándose ambos en un mismo Proyecto de Mejora de Calidad, identificado con el número 2018_0158 de los Acuerdos de Gestión), utilizando como material de apoyo diapositivas en formato ppt, programa Kahoot (para favorecer la participación interactiva de los estudiantes y fomentar el trabajo en grupo) y uso de las instalaciones del gimnasio del centro de salud para poner en práctica los conocimientos aprendidos, bajo la supervisión de la fisioterapeuta. También precisamos de la utilización de ordenador portátil, proyector, sala multiusos con sillas y colchonetas y material impreso en papel (encuestas de evaluación de conceptos adquiridos). La elaboración de las dos ediciones de estos talleres (año 2018 y año 2019), fueron posibles gracias a la coordinación de las Trabajadoras Sociales del Centro de Salud y el centro escolar, con la participación del personal sanitario encargado de su impartición y el profesorado asistente. Fue posible realizar las actividades programadas de acuerdo al calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El total de asistentes a cada taller fue de 70 alumnos de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años, valor concordante con lo planificado, lográndose una asistencia global del 100%. En ambas ediciones, en el test de evaluación del taller de Hábitos de vida saludables, se plantearon 5 preguntas sobre los conceptos teóricos explicados, cada una de ellas con 4 posibles respuestas, obteniéndose un porcentaje global de aciertos del 76%; por su parte tras el taller de Escuela de espalda sana se entregó una encuesta de evaluación con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas cada una, siendo el porcentaje total de aciertos del 70%. Tanto por el grado de participación de los asistentes como por los resultados numéricos registrados, el resultado alcanzado en estos talleres fue satisfactorio tanto para los organizadores como para los participantes en ellos (satisfacción de 4.5 sobre 5 en escala de 1-5), consensuándose programar futuras ediciones, para aclarar y afianzar conceptos, y valorar la posibilidad de ampliar los temas abordados con temática como RCP básica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a esta actividad hemos mejorado nuestro conocimiento acerca de la elaboración y puesta en marcha de un programa de educación para la salud, hemos podido acercar el centro de salud e informar sobre sus recursos y componentes a los alumnos de un centro escolar de nuestra Zona y hemos podido apreciar como nuestro trabajo y recomendaciones pueden llegar a tener una importante repercusión sobre su salud y su calidad de vida. Esperamos que en años venideros sea posible la permanencia de esta iniciativa con la implicación de otros compañeros y la continua colaboración multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/158 ========== ***

Nº de registro: 0158

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Autores:
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, VALTUEÑA CAMACHO MARTA, MARCOS MAYOR LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, BABIANO CASTELLANO BELEN, GARCIA CACHO MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde hace dos años en nuestro centro de salud se organizan talleres teórico - prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables (higiene bucodental, alimentación, educación sexual, tóxicos, actividad física, primeros auxilios, higiene del sueño y uso adecuado del sistema sanitario) en adolescentes de uno de los centros educativos de la zona. La iniciativa partió desde los distintos niveles asistenciales de atención primaria (trabajo social, médicos, enfermería y ondotología) y profesores ya que se detectó un deficit de conocimientos en los campos mencionados previamente.
El taller se diseñó con una primera intervención teórica sobre higiene bucodental y una segunda parte con ayuda de la plataforma Kahoot, que permitía la participación activa de los alumnos, la cual fue utilizada para la explicación de los distintos conceptos planteados con una encuesta final de evaluación.
Consideramos necesaria esta intervención por el impacto que los determinantes de la salud tienen en la calidad de vida y la morbimortalidad. Así mismo, es importante concienciar a los jóvenes sobre la importancia de adquirir una actitud activa sobre su propia salud desde edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Afianzar conceptos básicos sobre higiene bucodental
2. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre alimentación
3. Fomentar ejercicio físico en adolescentes
4. Educación sexual
5. Introducción a técnicas básicas de primeros auxilios
6. Uso adecuado de recursos sanitarios
7. Reforzar conocimientos adquiridos sobre el consumo de tóxicos
8. Establecer un vínculo de soporte entre el centro de salud y el centro educativo.
9. Ampliar conocimientos en educación para la salud de MIR/EIR y estudiantes que se forman en nuestro centro de salud.

Los objetivos 1-8 están dirigidos a alumnos de educación secundaria en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años.

MÉTODO
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
7. Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones

INDICADORES
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistencia:Nº de asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de aciertos: Nº de aciertos/ Nº total de preguntas

DURACIÓN
Agosto: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
Octubre: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Noviembre y Diciembre: Elaboración del Taller. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
Enero: Taller para alumnos
Febrero y marzo: Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones
Mayo: Planteamiento de posibles líneas de mejora: Escuela de espalda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CATERINA GRAMUGLIA NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
SANZ MARTINEZ LAURA
MARCOS MAYOR LAURA
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
BABIANO CASTELLANO BELEN
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras crear un grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente, se reviso bibliografia disponible, se consensuo población diana y se elaboro el contenido del taller con diapositivas en formato ppt (como apoyo para breve explicación teórica), word con casos prácticos (para afianzar las habilidadas prácticas enseñadas), hoja de registro de asistentes, encuenta de valoración y evaluación. Para poder llevar a cabo este taller, precisamos la utilización de maniquíes de RCP, sala multiusos con sillas, colchonetas y proyector, ordenador portátil y material impreso en papel.
Se difundió propaganda del taller a través de los profesionales del centro de salud, de miembros del consejo de salud y algunos comercios del barrio, disponiendo de hoja de inscripción en admisión del centro de salud, tanto para horario de mañana como de tarde en el mismo día, llevado a cabo el 6 de noviembre de 2018. Los resultados del proyecto se recogieron con ayuda de un documento en formato excel. Todas las actividades se realizaron de acuerdo al calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se limito el numero de asistentes a 20 por turno, acudiendo un total de 40, por lo que se alcanzo un porcentaje de asistencia del 100%. El grado de satisfacción medido mediante escala del 1 al 5 obtuvo una puntuación media entre 4 y 5, valorandose el planteamiento de ejemplos por los profesores, los materiales utilizados, las condiciones del aula, la resolución de dudas planteadas y la evaluación global de los profesores. Respecto al test de evaluación, se plantearon 5 preguntas sobre los aspectos teórico-prácticos planteados en el taller, obteniéndose una puntuación media de 8,32 sobre 10. El porcentaje de asistentes que realizaron adecuadamente la técnica de RCP a juicio del evaluador/total de participantes fue del 70%, El porcentaje de los que realizaron la secuencia correcta de RCP fue del 80%. El porcentaje de los que realizaron adecuadamente la maniobra de desobstrucción de vía aérea fue de un 80%. Globalmente los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios tanto para los organizadores del taller como para los asistentes, demándandose por parte de estos últimos futuras ediciones del mismo y organizar otros talleres sobre otros temas de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este proyecto, hemos aprendido a elaborar un programa de educación para la salud, y hemos podido apreciar como nuestra intervención puede repercutir en la salud de la población. La adecuada aceptación de esta iniciativa creemos que favorecera la organización de futuras ediciones y la difusión de las mismas. Nos gustaría conseguir crear una red de apoyo que fomente la colaboración entre distintos centros de nuestra área de salud para poder compartir tanto recursos materiales como humanos, que aseguren la continuidad del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Para futuras ediciones, sería interesante disponer de maniquíes de RCP y simulador de DEA más nuevos para poder realizar la parte práctica de talleres como éste con mejor calidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/709 ========== ***

Nº de registro: 0709

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Autores:
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, SANZ MARTINEZ LAURA, MARCOS MAYOR LAURA, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, BABIANO CASTELLANO BELEN, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

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

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

PROBLEMA
Desde el Consejo de Salud de nuestro barrio se solicito la posibilidad de impartir talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador externo automático (DEA).
El objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para una primera asistencia ante una potencial emergencia, puesto que el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
2. Instruir en el reconocimiento de la gravedad de la situación clínica y la necesidad de actuación urgente.
3. Proporcionar un protocolo adecuado de actuación y adaptarlo a los recursos disponibles.
4. Entrenamiento técnico en maniobras de RCP básica y uso de DEA.
5. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre técnicas de actuación inadecuadas.
6. Resaltar la importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico de los pacientes.

MÉTODO
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2. Revisión de bibliografía y actvidades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Conseguir los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
7. Estudio del resultado de encuentas de satisfacción

INDICADORES
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistentes: Nº asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de técnica adecuada: Porcentaje de participantes que realizan masaje cardiaco correcto (a juicio del evaluador)/ Total de participantes
4. Porcentaje de secuencia correcta: Nº de asistentes capaces de realizar una secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está insconsciente a la finalización del curso/ Total de asistentes
5. Porcentaje de desobstrucción adecuada de vía aérea: Nº de asistentes que resuelven correctamente una situación de desobstrucción de vía aérea al finalizar el curso / Total de asistentes

DURACIÓN
Julio 2018: Creación del equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
Agosto 2018: Revisión de la bibliografía, determinación de la población diana y objetivos.
Septiembre 2018: Elaboración e impartición del taller.
Octubre 2018: Estudio de los resultados para valorar posibles líneas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VICENTE VILLAR SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
MURILLO MARTIN ALBERTO
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO
SIMON SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Vicente Villar Sebastian como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.
La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo el día 28 septiembre de 2018
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Vicente Villar Sebastian impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 27/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Vicente Villar Sebastian, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 29 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 48% del equipo.
o Estándar 2018: 80%
Resultado 2018: 48%
• Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Torrero el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %
Resultado 2018: 17,6%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo porcentaje de consumo de macrólidos respecto al total de antibióticos, por lo que se plantea que es necesario trabajar con el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, no logrando alcanzar algunos de los objetivos marcados para el año 2018. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/818 ========== ***

Nº de registro: 0818

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA). CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ . SECTOR II. ZARAGOZA

Autores:
VILLAR SEBASTIAN VICENTE, MARCOS MAYOR LAURA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, DA SILVA PEREIRA JOAO, SIMON SERRANO MIGUEL, MURILLO MARTIN ALBERTO, SANGROS GONZALEZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
os antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP TORRERO ESTE se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %

DURACIÓN
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0363

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
GALVEZ GORIZ JOSE ANTONIO
JUSTE LOPEZ ESTHER
CALVO AZNAR MARIA JESUS
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 grupos de alumnos de 4º de primaria que acudieron al centro acompañados por el profesorado, el día 12 de diciembre 22 alumnos y el 13 diciembre 21 alumnos (Total 43 alumnos).
Las actividades realizadas fueron:
- Video de presentación del centro de salud Valdespartera-Montecanal; explicando la organización. (en la sala de reuniones del centro)
- Visita guiada por el centro realizado por profesionales de Medicina y enfermería
- Taller de heridas y vendajes dirigido por personal de enfermería. (realizada en el gimnasio)
- Taller role playing sobre las funciones del medico dirigido por pediatra o medico de familia (en una consulta de pediatría)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La valoración de la actividad por parte del Colegio San Jorge (escuela promotora de salud) fue muy positiva, tanto por parte de los alumnos como la de los profesores. Agradecieron al personal del centro las actividades realizadas y destacaron la amabilidad y entusiasmo con lo que las realizaron. Les resulto todo muy práctico y activo, y a los niños se les hizo hasta corto.
La actividad quedo registrada en el blog del colegio. Se adjunta enlace:
http://efceipsanjorge.blogspot.com.es/2017/12/visitamos-el-centro-de-salud.html

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La escuela es uno de los ámbitos mas importantes para realizar educación sanitaria, intentando establecer conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la salud. Al ser la primera vez que nos acercábamos como centro de salud a la escuela, reconocemos que además de para los alumnos y profesores, la experiencia fue muy gratificante para los profesionales de la salud (médicos pediatra y enfermeras), que al principio teníamos cierto miedo a fracasar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/363 ========== ***

Nº de registro: 0363

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JUSTES LOPEZ ESTHER, CALVO AZNAR MARIA JESUS, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0363

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Todas las definiciones de educación sanitaria (ES) contienen un elemento básico: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los receptores de la educación. La escuela es uno de los ámbitos mas apropiados para la ES.
Desde hace tiempo se ha venido planteando un abanico de iniciativas en el marco escolar, que cubre diversos ámbitos desde: los cuidados personales, relaciones, educación nutricional, prevención y educación vial, drogas, educación sexual, etc. Nosotros queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables/promotoras del barrio en las actividades enmarcadas como Comunitarias.
Los niños de 10-11 años acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, solo por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano y solo mantienen una relación asistencial con pediatras y enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
- Que los estudiantes de 4º de primaria conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que desempeñan.

Objetivos específicos:
- Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.
- Identificación de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.
- Conocimiento práctico de las diferentes funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.
- Fomentar el buen comportamiento en el Centro de Salud.

MÉTODO
Población diana:
- Niños de 4º de Primaria del Colegio San Jorge de Zaragoza.
- Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza

La captación se realizó desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.

Actividades:
- Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
- Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
- Taller de cura de heridas y vendajes con profesionales de Enfermería
- Taller "role playing" sobre las funciones del Médico.

INDICADORES
Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

DURACIÓN
Dos grupos de 20-25 alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un video de presentación, a continuación damos a conocer las diferentes salas del centro y por ultimo la realización de talleres prácticos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
GRIMAL ALIACAR CARLOS
ALBO RITUERTO PILAR
HUERTAS BADOS AUREA
BOIX JULIA TERESA
JAEN BAYARTE ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formacion a los miembros del EAP mediante charla sobre EPOC y registro en OMI. Formación al equipo de enfermería sobre técnica de la espirometría. Apertura consulta monografica tabaquismo en el Centro de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de los indicadores de intervención en tabaquismo respecto a años anterior del 60% al 63%. Atención al paciente en consulta monografica tabaquismo 91 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos detectado que sigue sin registrarse correctamente en OMI la actividad, por lo que no podemos valorar resultados. Proponemos seguir con la formación de los profesionales para mejorar este objetivo en 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/718 ========== ***

Nº de registro: 0718

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, GRIMAL ALIACAR CARLOS, ALBO RITUERTO PILAR, HUERTAS BADOS AUREA, BOIX JULIA TERESA, JAEN BAYARTE ESTEBAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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

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

PROBLEMA
Fomentar la detección y registro del hábito tabáquico e intervención activa sobre el mismo. Creación de una consulta monográfica.
Diagnóstico de EPOC mediante espirometría realizada en el centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los indicadores de intervención en tabaquismo del 2017 (60,13 %)
Mejorar indicadores de diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en 2017 (5.77 %)
Realizar espirometría a todos los usuarios que cumplan los criterios expuestos en la población diana.

MÉTODO
Formación a los miembros del EAP en EPOC mediante charla sobre la enfermedad y registro en OMI.
Formación a enfermería sobre la técnica de la espirometría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA

Formación en tabaquismo para los miembros del EAP.

INDICADORES
Estratificación del riesgo de los pacientes con EPOC según la guía GesEPOC 2017.
Determinación del Fenotipo.
Cuestionario CAT que mide el impacto que la EPOC tiene en la vida y bienestar del paciente.
Registro de agudizaciones en el último año o ingreso hospitalario.

DURACIÓN
Junio: Sesión formativa en EPOC
Septiembre. Taller de espirometría.
Registro en historia clínica de síntomas de pacientes con EPOC ya diagnosticados en OMI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones
- Presentación del Programa (2 de Junio de 2018)
- Presentación de indicadores de consumo de antibióticos (20 de Diciembre de 2018)
Comunicación a los pacientes (carteles)
Documento de adhesión de los profesionales
Hojas de asistencia a sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de recepción por los profesionales (medicos de familia y pediatras) de los resultados de consumo de antibioticos en 2018 en el C de Salud
Concienciación del uso abusivo de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Correcto uso y elección de antibióticos en los diferentes cuadros infecciosos.
Dosis y duración de la antibioterapia en los principales cuadros infecciosos.
Manejo de pruebas de diagnostico rápido de infección
Recogida correcta de muestras biológicas
Incompatibilidades de antibioticos con otras medicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/739 ========== ***

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Autores:
GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL, GRIMAL ALIACAR CARLOS, INGLES BELZEBE MARIA CARMEN, CALONGE VERGARA ISABEL, CEMELI CANO MERCEDES, LALIENA AZNAR SARA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitalbe. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias complicando el tratamiento de las infecciones.
En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos sonun recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
1, Designar una persona clave o rerferente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripcion formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infercciones y el tratamiento antibiótico.
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

MÉTODO
1. Designar una personal clave o referente PROa en el EAP
2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
3. Suscripición formal por parte del personal médico y de enfermía del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Relizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PRIOA por parte de losprofesonales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducio * / DDD antibióticos (JO1) x 100
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN
- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistendia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMAL ALIACAR CARLOS
INGLES BELBEZE MERCEDES
CALONGE VERGARA ISABEL
CEMELI CANO MERCEDES
LALIENA AZNAR SARA
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones:
- Presentación del programa (2 de Junio de 2018)
- Presentación de indicadores de consumo de antibióticos (20 de Diciembre de 2018)
Comunicación a los pacientes (carteles)
Documento de adhesion de los profesionales
Hojas de asistencia a sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de recepción por los profesionales de consumo de antibióticos en 2018 en el C de Salud
Concienciación del uso abusivo de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de recibir resultados, el equipo tiene ahora una conciencia de que se están empleado los antibióticos más alla de sus indicaciones y una clara conciencia de restringir su uso a los casos en los que son útiles

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/739 ========== ***

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Autores:
GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL, GRIMAL ALIACAR CARLOS, INGLES BELZEBE MARIA CARMEN, CALONGE VERGARA ISABEL, CEMELI CANO MERCEDES, LALIENA AZNAR SARA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitalbe. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

complicando el tratamiento de las infecciones.
En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos sonun recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
1, Designar una persona clave o rerferente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripcion formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infercciones y el tratamiento antibiótico.
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

MÉTODO
1. Designar una personal clave o referente PROa en el EAP
2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
3. Suscripición formal por parte del personal médico y de enfermía del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Relizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PRIOA por parte de losprofesonales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducio * / DDD antibióticos (JO1) x 100
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN
- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistendia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTHER NUÑEZ ALONSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL HERNANDO MATILDE
DUPLA ARENAZ MARIA
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
ROY GOMEZ MIRIAM
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:
-Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estrategica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto
-Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
-Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como inciar una actividad comunitaria.
-septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
-noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y linea comunitaria
-noviembre 2017 Paricipacion de un miembro del equipo en formación sobre evaluación
-enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia
-enero 2018 elaboración memoria seguimiento
El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.
La previsión de las actividades descritas en el proyecto en los colegios se inciará en febrero, marzo y abril. Se prevee la evaluación del proyecto en mayo y Junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado. Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en si mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo. se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.
Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnostico en infancia es muy interesante y novedoso en nuestro equipo y se considera como relevante.
En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se inciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1412 ========== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplia otros colegios de la zona como el colegio Rincon de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultado positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS
-Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
-Refuerzar la afabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
-Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
-Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para “perder el miedo” de ir al Centro de Salud
-Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO
-Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017). -Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
-Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
-Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017en los colegios (mínimo tres sesiones).Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.
*Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.
* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.
* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

INDICADORES
Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecucióno de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN
Incio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembreo equipo del CS y personal docente de los colegios)
-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y presonal docente de los colegios).Sesiones de una hora de duración
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
-Activades de evalución (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA JORGE
MARTINEZ PEREZ JULIA PILAR
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ha fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:
1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con los siguientes resultados:
1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previastas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesion semanal, por lo que se cumple el primer indicador.
Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador
Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, asi como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes.
Tambien se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1486 ========== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.
Objetivos específicos:
Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional
Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).
3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Mayo/2017
Fin del proyecto: Mayo/2018
Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.
2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.
Evaluación final en Mayo/18.
Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
NUÑEZ ALONSO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Jorge Isla Cobeta, que ha sido sustituido por Sara Arquillue Varona como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".
Esta información se difundió al equipo el 21/9/2018.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"
Sara Arquillue Varona impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 13/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es actualmente Sara Arquillue Varona, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El dia 13 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 53% del equipo.
Estandar 2018: 80%
Resultado 2018: 53 %

. Se han realizado dos sesiones relacionadas con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Venecia el indicador seleccionado fue:
Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,3%
Objetivo 2018: =2%
Resultado 2018: 1.9%

Este resultado muestra un descenso 0,1 puntos por debajo del objetivo marcado y de 0,4 respecto al valor del año anterior, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/949 ========== ***

Nº de registro: 0949

Título
INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
BURILLO MATEO RAQUEL, ISLA COBETA JORGE, DUEÑAS GIL EVA, BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, NUÑEZ ALONSO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP VENECIA se considera oportunidad de mejora trabajar revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,3%
Objetivo 2018: =2%

DURACIÓN
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

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 - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MORO LARA FRANCISCO JAVIER
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
TORRES MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se habilitaron máquinas multifunción (copiadora/fax/escaner) en todos los centros de salud.
2. Se codificaron para envío automático a un correo electrónico genérico gestionado desde el servicio de Clientes.
3. Una vez mecanizada la solicitud en el programa correspondiente, se archiva en la red interna corporativa de la Dirección de Atención Primaria identificándola con un número compuesto por la fecha del servicio seguido del identificador que proporciona el sistema con el fin de conocer la trazabilidad de la solicitud en caso de posibles quejas de los usuarios.
4. Se ha abierto una hoja Excel para casos de solicitudes defectuosas que se devuelven a los centros vía correo electrónico, para el seguimiento de la subsanación.
5. Se preparó un puesto de ordenador con dos pantallas para facilitar la tarea de la cumplimentación: en una, se ve la solicitud del correo electrónico y en la otra, el aplicativo para su cumplimentación telemática. del tal manera que al guardar el archivo pdf de la solicitud ya se le puede asignar el identificativo sin necesidad de minimizar el programa.
6. Se ha enviado a admisión de los centros vía correo electrónico un póster con instrucciones para la revisión de la solicitud antes del envío para evitar solicitudes no válidas o defectuosas, que se deberían devolver al facultativo para su subsanación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se proponía un indicador de máquinas habilitadas >15 y se han instalado 18 máquinas multifunción
El indicador de porcentaje de solicitudes tramitadas por mail supera el 90% ya que se han tramitado un total de 4014 solicitudes de las cuales han llegado por fax 139. Por tanto, el 96,54% de las solicitudes se han realizado a través del correo electrónico
Con la instalación y codificación de la máquina multifunción se entregó a cada servicio de admisión un manual de uso de la máquina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración es muy positiva pues hemos pasado de custodiar y archivar todas las solicitudes en papel por meses, con la dificultad para encontrar alguna si era necesario o a la hora de anular, a tenerlo todo en la red corporativa, a disposición de todos nosotros para consulta.
A la hora de la cumplimentación, es más relajada, puesto que el correo electrónico va entrando en la cuenta genérica, creada al efecto, durante toda la jornada laboral, mientras que anteriormente con el correo interno, sólo se recogían solicitudes en dos momentos puntuales de la mañana, generando un poco de estrés si las solicitudes eran numerosas.
Para la trazabilidad de las historias hay un doble archivo: en cada centro que las registran y archivan físicamente y en el Servicio de Clientes de la Dirección de Atención Primaria que las archiva electrónicamente evitando, al menos, 6 cajas de archivador definitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/691 ========== ***

Nº de registro: 0691

Título
PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, LAFUENTE DE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

SUSANA RAQUEL, MORO LARA FRANCISCO JAVIER, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, TORRES MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las campañas de tipo cultural para la reducción del consumo de papel en la administración pública, ofrecen importantes oportunidades en la generación de buenos hábitos en el uso del papel en organizaciones privadas y públicas, lo cual promueve la eficiencia y productividad, reduciendo costos, tiempo y espacios de almacenamiento.

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, supone un impulso definitivo a la implantación de la administración electrónica, incorpora y ordena los avances producidos en los últimos tiempos y apuesta por "una administración pública íntegramente electrónica, con cero papel e interconectada" tanto en sus relaciones con los ciudadanos como entre las distintas administraciones entre sí, mejorando la agilidad de los procedimientos administrativos y reduciendo los tiempos de tramitación.

La resolución de 24 de noviembre de 2014, del Director General de Planificación y Aseguramiento, por la que se aprueban las INSTRUCCIONES, sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, aprueba las instrucciones sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes, siendo objeto de las mismas establecer el marco organizativo del transporte sanitario no urgente, definiendo el procedimiento, indicaciones para la cumplimentación de los anexos, de la petición informatizada y el circuito de la solicitud.

El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona las solicitudes de transporte sanitario no programado y no urgente siguiendo el siguiente itinerario: el facultativo solicita, imprime y firma el modelo habilitado en OMI-AP, el personal del servicio de admisión la envía por correo interno (con más de 48 h de antelación al servicio) o por fax al Sº de Clientes, quien la informatiza en la plataforma vía web que compartimos con el Sº de ambulancias y la archiva por fechas. Si la solicitud está incompleta, se devuelve al centro por fax para que se subsane y vuelven a enviarla, con lo que el papel que se genera es doble.

RESULTADOS ESPERADOS
La supresión total del uso del papel para esta gestión.
Adaptación paulatina y progresiva a la ley 39/2015 de "Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas"
La concienciación de los trabajadores del servicio para llegar al cero papel no sólo en esta gestión sino ampliarlo de manera paulatina a otras áreas de trabajo del servicio.

MÉTODO
Para implementar el uso de papel cero en el servicio, se establece el nuevo circuito de tramitación:
- Se habilitan las máquinas multifunción de todos los centros de salud para que puedan escanear documentos y de manera automatizada envíen por correo electrónico en formato "pdf".
- Se codifican numéricamente los correos electrónicos necesarios para el proceso.
- Desde el servicio de admisión se enviará la solicitud escaneada
- En el Sº de Clientes mecaniza los datos de la solicitud en el programa informático habilitado
- El fichero en formato "pdf" se guarda en la red interna corporativa de la dirección de atención primaria identificándola con la fecha del servicio-nº identificativo del programa.
- Las solicitudes incompletas, se reenvían por correo electrónico al centro correspondiente y se registran en Excel con la fecha del servicio, el centro, la identificación del usuario, para controlar la subsanación.

INDICADORES
- Número de máquinas multifunción habilitadas para escanear y enviar documentos por correo electrónico. > 15
- Nº solicitudes tramitadas por mail / Nº total de solicitudes * 100 = >90 %
- Elaboración de un manual de uso de la máquina multifunción Si/No

La fuente de los datos es el propio correo (ambulancias cumplimentadas) y el archivo electrónico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

DURACIÓN
Duración
Un año: envío de correo a los responsables de admisión de los centro para indicarles el nuevo procedimiento.
Puesta en marcha de la impresora multifunción codificada. Posibles mejoras intermedias y 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 - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
MORO LARA FRANCISCO JAVIER
TORRES MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han desarrollado las siguientes actividades:
1. El proyecto se ha realizado con las quejas que han presentado los usuarios en los Centros de Salud o presencialmente en el Área de Clientes de Atención Primaria Sector Zaragoza II, posteriormente se han registrado en la Base de Datos "Lanuza" del Departamento de Sanidad-Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.
2. Estos datos se han exportado a una tabla Excel para elaborar los informes, y una vez convertidos en formato PDF, se remiten al correo electrónico de los Coordinadores de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria.

3. A partir de estos datos:
? Cada mes se ha realizado un informe de las quejas que se han tramitado desde esta Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II, detallado por Centros de Salud, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es > o < de 30 días), las que están pendientes de responder y si la respuesta enviada al usuario ha sido modificada o no por la Dirección.

? Cada trimestre además, se ha realizado otro informe complementario con información de las quejas clasificadas por motivos y profesionales aludidos por los usuarios en sus quejas.

? Estos informes se han enviado por correo electrónico a todos los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria, para su conocimiento y los efectos oportunos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º) Porcentaje de quejas con respuesta por escrito:

El nº total de quejas presentadas en el Registro de Atención Primaria desde el 01/01/2018 al 31/12/2018 y registradas en la base de datos Lanuza del Departamento de Sanidad han sido de 561 quejas.
Fecha final para recabar información para la elaboración de los datos y porcentajes: 28/02/19.
En base a estos datos tenemos los siguientes indicadores:
-Respuestas por escrito al usuario: 558 quejas, es decir el 99,47 %
-Pendientes de contestar por la Dirección de A.P.: 3 quejas, es decir el 0,53 %

El objetivo era el 95 %.

2º) Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)
Para elaborar este indicador se ha tomado como referencia la fecha del registro de entrada de la queja en el Área de Clientes y la fecha de contestación al usuario una vez revisadas por la Dirección.
Datos obtenidos:

-Respuesta por escrito >30 días: 176 quejas, es decir 32 %
-Respuesta por escrito < 30 días: 387 quejas, es decir 68 %

El objetivo era de un 75 % de quejas con respuesta al usuario menor de 30 días.

3º) Quejas con propuesta de respuesta del Coordinador de EAP aceptada:

De un total de 558 quejas con respuesta al usuario:

-El 61 % (343 quejas) no ha sido aceptada la propuesta del Coordinador, siendo contestada por la Dirección de Atención Primaria.
-El 39 % (215 quejas) se ha aceptado y enviado al usuario la propuesta del Coordinador.

El objetivo era conseguir el 60 % de propuestas del Coordinador aceptadas. Este año ha sido el 39 %, lo que ha supuesto mayor trabajo para la Dirección y para el Área de Clientes al tener que elaborar otra respuesta mas adecuada a las quejas interpuestas por los usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

4º) Nº informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y Dirección de Atención Primaria:

Enviados por correo electrónico a cada Coordinador de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria.

Fechas envío: 1º trimestre: 20/04/2018

2º " : 26/07/2018

3º " : 23/11/2018

4º " : 21/01/2018

El objetivo era > 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez realizado y valorado el proyecto podemos sacar las siguientes conclusiones:

-Pertinencia del proyecto:
Creemos que desde el Área de Clientes se ha conseguido que todos los destinatarios (Coordinadores de Centro de Salud y Dirección de Atención Primaria) hayan dispuesto de una visión de conjunto de todos los motivos y de los profesionales objeto de las quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras.
También que el 99,47 % de las quejas hayan sido respondidas por escrito a los usuarios.

-Sostenibilidad del sistema:
Se han utilizado los medios adecuados para alcanzar los objetivos, es decir se han empleado los medios telemáticos disponibles como es la base de datos Lanuza, tablas Excel y el correo electrónico para enviar los informes, contribuyendo al "papel cero" y sin ningún coste económico adicional.

-Efectividad:
Aunque se han respondido el 99, 47 % de las reclamaciones interpuestas por los usuarios, se debe mejorar el tiempo de respuesta, establecido en un mes, y que por causas ajenas al Área de Clientes no ha podido ser cumplido el objetivo establecido para este año.
También creemos que para que este proyecto sea más efectivo se deben incluir indicadores que permitan medir las medidas adoptadas, tanto por los Coordinadores de los Centros de Salud como por parte del equipo directivo de Atención Primaria, respecto de las quejas interpuestas por los usuarios.

CONCLUSION: creemos que este proyecto es viable y es útil para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, también permite conocer el estado de tramitación de las quejas, tanto a los Coordinadores como al equipo directivo de Atención Primaria, contribuyendo a la adopción de medidas que promuevan la mejorar continua de los mismos.

Por ello, dado que este año se han cumplido los objetivos parcialmente, nos emplazamos para hacer mejoras el próximo año, como son las siguientes:

-Mejorar el tiempo de respuesta a las quejas interpuestas por los usuarios.
- Proponer a la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios que efectúen correcciones en la Base de Datos Lanuza teniendo en cuenta las características de Atención Primaria ya que requiere unos apartados específicos, que nos facilite la exportación de datos, necesarios para establecer los indicadores que nos permitan efectuar mejoras en la calidad asistencial de la Atención Primaria, como es el codificar el tipo de resolución, es decir, la toma de medidas adoptadas en relación con las quejas interpuestas por los usuarios.

7. OBSERVACIONES.
Desde el área de Clientes hemos encontrado dificultades para exportar los datos de la Base de Datos Lanuza que es la establecida por la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios para el registro de todas las quejas de los usuarios:

1º-. Atención Primaria tiene unas particularidades diferentes a la Atención Especializada que requiere apartados específicos en la Base de Datos Lanuza para que la exportación de los datos permita establecer indicadores concretos de la actividad asistencial de la Atención Primaria.

2º-. Nos parece importante establecer una codificación en la Base de Datos Lanuza respecto a la resolución adoptada en las quejas interpuestas por los usuarios que permita valorar la toma de medidas que se han realizado en los Centros de Salud o por la Dirección de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

*** ========== Resumen del proyecto 2018/738 ========== ***

Nº de registro: 0738

Título
GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, MORO LARA FRANCISCO JAVIER, TORRES MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

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

PROBLEMA
La Ley 6/2002 de 15 de abril, de Salud de Aragón reconoce el derecho de los destinatarios de los servicios de salud a presentar quejas y sugerencias y a utilizar las vías de reclamación en los plazos previstos.
Quejas: Son los escritos formulados por cualquier usuario, aunque sea diferente del directamente afectado, en los que se ponga de manifiesto su disconformidad por las actuaciones en el ámbito de los servicios sanitarios o por su insatisfacción con la atención recibida: demoras, desatenciones, u otras anomalías en el funcionamiento de los servicios prestados por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón en el ámbito sanitario.
La percepción que tienen los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud y su opinión sobre los mismos, nos puede ayudar a mejorar nuestros servicios y a orientar nuestras actuaciones, de modo que se puedan mejorar las expectativas de los usuarios.
En este sentido la Ley 5/2013 de 20 de junio de calidad de los Servicio Públicos de la Administración de la Comunidad de Aragón recoge los principios de funcionamiento de las instituciones públicas como son: eficacia, eficiencia en la asignación y en la utilización de los recursos públicos, planificación, gestión por objetivos y control de los resultados, acercamiento de la Administración pública a los ciudadanos y transparencia y publicidad de la actuación administrativa que están directamente vinculados el concepto de calidad y mejora continua de la Administración Pública.
En este contexto, las quejas, se configuran como un mecanismo de gran utilidad para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, facilitando la adopción de medidas que promuevan la mejora continua de los mismos.
Se establece que el responsable de la unidad u organismo competente sobre cuyo funcionamiento se haya formulado la sugerencia o queja dará contestación a la misma en el plazo de un mes.
Creemos que las quejas pueden entenderse como una expresión formal de un conflicto entre el sistema sanitario y los usuarios, que de alguna manera ven frustradas las expectativas que en el tenían depositadas.

Pueden ser utilizadas para tratar de identificar los aquellos problemas que tienen importancia para los usuarios y establecer las medidas de corrección que consideren oportunas por parte de los responsables de la gestión sanitaria.

También constituyen un mecanismo permanente y eficaz para detectar y corregir los problemas que en ellas se plantean.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
.
Conseguir que todas las reclamaciones presentadas por los usuarios sean contestadas en tiempo y forma. Mejorar los plazos de resolución de las reclamaciones por parte de los Coordinadores E.A.P. de los Centros de Salud o del Equipo de Dirección de Atención Primaria, según corresponda.

Objetivos secundarios:

Disponer de una visión de conjunto de los motivos por los que reclaman los usuarios y de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

objeto de los quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras.
Facilitar un tiempo de reflexión, tanto para los Coordinadores como para la Dirección de Atención Primaria que permita conocer los conflictos expresados por los usuarios y dar una respuesta a sus necesidades y expectativas.

MÉTODO
-Envío mensual al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, un informe de las quejas que ha sido tramitadas a través del Área de Clientes, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es < ó > de un mes), las que están pendientes de responder o faltan informes y si la respuesta ha sido modificada o no por la Dirección.

- Envío trimestral de un informe al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, con información clasificada por motivos, profesionales, fechas y estamento que son aludidos en las quejas de los usuarios.

INDICADORES
1) % Quejas con respuesta por escrito

Nº reclamaciones contestadas
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 95%
2) % Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)
Nº reclamaciones contestadas > 30 días
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza
Objetivo 75%

3) % Quejas con propuesta de respuesta del coordinador del EAP aceptada

Nº respuestas aceptadas
----------x 100
Total de reclamaciones

Objetivo 60%

4) Numero de informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y D.A.P.:
Objetivo: >4

DURACIÓN
1 año, evaluación semestral y final al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOBAJAS SEÑOR EVA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se formó el grupo de trabajo en 2016 con integrantes de los EAP y del servicio de Hematología (Jefe de Servicio Dra Delgado y FEA Dra Nuria Hernandez y Dr JM Calvo), bajo la responsabilidad de las Direcciones de AP y del Hospital Miguel Servet.

- Se han realizado a lo largo del 2017 reuniones y actividades de formación en los EAP Parque Roma, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, Venecia, San José Sur y Fuentes Norte.

- Se incorporan mejoras organizativas en los centros para disminuir el nº de extracciones venosas para control de TAO.

- Se ha implantado la interconsulta virtual con el Servicio de Hematología (sección Hemostasia) para la derivación de situaciones complejas o toma de decisiones conjunta

-Existe la opción diaria de contacto telefónico con el servicio para estas mismas cuestiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La extracción de datos se ha realizado a través de Roche Diagnostics por problemas informáticos

Se obtiene el número de pacientes activos que controla atención primaria por centro de salud y que han tenido alguna visita en los últimos 60 días.

C.S. ALMOZARA 327
C.S. AZUARA 1
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA 557
C.S. CAMPO DE BELCHITE 151
C.S. CASABLANCA 73
C.S. FERNANDO EL CATOLICO 259
C.S. FUENTES DE EBRO 266
C.S. LAS FUENTES NORTE 318
C.S. PARQUE ROMA 335
C.S. PUERTA DEL CARMEN 143
C.S. REBOLERIA 272
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO) 102
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES 730
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO 523
C.S. SAN PABLO 332
C.S. SASTAGO 69
C.S. TORRE RAMONA 310
C.S. TORRERO - LA PAZ 316
C.S. VALDESPARTERA 72

Total 5.156 pacientes con TAO controlados en AP, que supone el 1,5 % de pacientes del sector, muy similar a otros estudios nacionales.
Rango de pacientes: 69 (EAP Sástago)-730 (EAP Ruiseñores-Miraflores)

No es posible desglosar los datos de aquellos EAP que comparten estructura física (Ruiseñores-Miraflores, Venecia-San José Sur, San José Norte-San José Centro)

Se obtienen TRT según método de Roosenthaal por paciente, por centro y media del sector.

Centro	Promedio de TTR
C.S. ALMOZARA	60,47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

C.S. AZUARA 31,25
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA 67,44
C.S. CAMPO DE BELCHITE 52,21
C.S. CASABLANCA 59,10
C.S. FERNANDO EL CATOLICO 64,10
C.S. FUENTES DE EBRO 54,13
C.S. LAS FUENTES NORTE 74,68
C.S. PARQUE ROMA 63,82
C.S. PUERTA DEL CARMEN 58,48
C.S. REBOLERIA 61,02
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO) 64,62
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES 62,14
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO 64,83
C.S. SAN PABLO 59,59
C.S. SASTAGO 62,00
C.S. TORRE RAMONA 65,87
C.S. TORRERO - LA PAZ 62,76
C.S. VALDESPARTERA 58,18

Total general SECTOR II 63,64

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. TRT < 65%, al límite, como estándar de buen control.

2. Carecíamos de datos previos fiables, pera la cifra absoluta de más de cinco mil pacientes hace pensar en un incremento del control por parte de Atención Primaria y en una disminución por tanto de las derivaciones para cálculo de dosificación.
Se han disminuido de manera importante las extracciones venosas por este motivo

3. Dificultades importantes en la extracción de datos:
fuente de datos: Roche
no puede obtenerse información del cuadro de mandos
el hospital utiliza el sistema GOTA para registro de su actividad.

7. OBSERVACIONES.
Difusión de información a los centros para seguimiento y trabajo individual en las unidades

Como futuro del proyecto, desde el servicio de Hematología se proponen actividades formativas de cara a extender las indicaciones para iniciar TAO desde Atención Primaria, así como centrar el empleo e indicación de ACOD.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1719 ========== ***

Nº de registro: 1719

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

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

PROBLEMA
Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%,, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.
Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.
Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO
1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN
1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
ALONSO SANCHEZ MARTA
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
AZNAR CARBONEL ANGEL
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Formación de grupo de trabajo multidisciplinar entre profesionales de AP Zaragoza II y el servicio de Hematología del HUMS.
2. Elaborar documento para dar respuesta a AP en el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado.
3. Informar del documento a todos los implicados a nivel asistencial.
4. Establecer de forma efectiva la posibilidad de contacto con el Servicio para resolución de problemas a AP y para aminorar la presencia de pacientes de Atención primaria en rango normal controlados desde el servicio
5. Evaluación del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Existencia de profesionales referentes en TAO en los 21 EAP
- Se constituyó el grupo de trabajo que ha elaborado un documento para AP. Con posterioridad se decidió elaborar un documento de Sector que incluyera pautas normalizadas de actuación sobre el manejo de la anticoagulación en determinados procesos diagnósticos/terapéuticos, tanto para el ámbito extrahospitalario como para el paciente ingresado prequirúrgico. Pendiente de redacción final tras esta extensión, respecto del planteamiento inicial
- Se han controlado en Hematología 2.379 pacientes de Atención Primaria en el último año. Se han remitido a Atención Primaria para su control desde el Servicio más de 300 pacientes en el 2018 con el INR controlado.
- Está instalada de manera estable una dinámica de formación entre el Servicio y los EAP. Este año se han realizado dos cursos (uno para médicos y otros para enfermería) con control de TAO incluidos en el Plan de Formación 2018 (Z2-0212/2018 y Z2-0229/2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Existen dificultades importantes para confrontar los datos desde Atención Primaria y desde Hematología por el hecho de utilizar dos sistemas informáticos diferentes (OMI-AP y GOTA, respectivamente). La integración de sistemas para compartir información mejoraría mucho el proceso asistencial.
- Para este año 2019 se han incluido en el Plan de Formación del año dos cursos (Z2-0224/2019 y Z2-0152/2019)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1719 ========== ***

Nº de registro: 1719

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%,, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.
Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.
Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO
1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN
1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ RUBIO CONCEPCION
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Se creó en febrero de 2018 un grupo de trabajo multidisciplinar, con la participación de la Coordinadora de fisioterapeutas del Sector, Concha Sanz, el jefe de Servicio de Rehabilitación, Carlos Aragües y la Directora de Enfermería de AP del Sector II, Flor Pascual.
2.Durante tres semanas se liberó de la asistencia a Concha Sanz, para la realización, actualización y revisión de protocolos de Fisioterapia en AP. En esta revisión también participó la fisioterapeuta de Fuentes Norte.
3.Se ha definido una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en las Unidades de AP.
4.Se han elaborado nuevos protocolos consensuados con el Servicio de Rehabilitación de patologías frecuentes: codo, hombro doloroso, rodilla, dolor vertebral, tobillo y pie y muñeca y mano.
5.Los protocolos se han colgado para aumentar la accesibilidad a los profesionales de los EAP en la biblioteca de OMI, en el apartado de "Protocolo de derivación a las unidades de fisioterapia de AP".
6.Con el fin de dar a conocer los protocolos elaborados a todos los profesionales de los EAP del Sector y mejorar los circuitos de derivación, durante los meses de julio a octubre se han realizado sesiones clínicas en los equipos que disponen de Unidad de Fisioterapia que son: Almozara, Fuentes Norte, Sagasta, San Pablo y Torrero. A estas reuniones,además de la coordinadora de fisioterapeutas del Sector y el jefe de Servicio de Rehabilitación, Carlos Aragües, también ha habido representación de la Dirección de AP.
7.Se procedió en agosto 2018 a la contratación de 4 nuevos recursos de fisioterapia, con el fin de mejorar la atención de los usuarios y disminuir la lista de espera de las Unidades.
8. Se han programado en el mes de febrero 2019 sesiones de formación en Valdespartera y Seminario, centros dependientes del Hospital General de la Defensa, donde se contará con los jefes de servicio de Rehabilitación de ambos hospitales.
9.A partir de marzo de 2019 se pretende la extensión de estas sesiones al resto de Equipos del Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores que se habían planteado eran los siguientes:
1.Creación de un grupo multidisciplicar de trabajo; estándar Sí (conseguido).
2.Determinación de una cartera de patología ostemuscular de baja complejidad terapeútica atendida en las Unidades de Fisiotearapia: estándar Sí (conseguido).
3.Difusión de los protocolos de derivación a Fisioterapia y a Rehabilitación: estándar:Sí (conseguido parcialmente en espera de acabar la ronda de difusión por los EAP)
4.Impacto del proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME; a través de la base de datos de la explotación mensual de seguimiento del Contrato Programa, el número de derivaciones en el periodo de mayo-diciembre a las unidades de locomotor (trauma+reuma+rehabilitación+UME) ha disminuído de 2028 derivaciones a 1898, lo que supone una disminución del 7% para el total de las especialidades de locomotor. En las especialidades de Rehabilitación y UME no ha habido variaciones.
5.Impacto en la disminución en la demora para primer día por la contratación de nuevos profesionales. Los resultados no son concluyentes,siendo mínima la bajada en días de demora en 2 de los 4 EAP donde se aumentó el recurso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la difusión de los protocolos en el resto de equipos de Sector.
No es concluyente que a mayor número de recursos se disminuya la lista de espera en las unidades, por lo que se cumple que a mayor oferta, mayor demanda.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/84 ========== ***

Nº de registro: 0084

Título
PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ FLOR, SANZ RUBIO CONCEPCION, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.

2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.

3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.

4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.

5. Establecer a continuación los criterios de derivación.

6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

INDICADORES
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.

- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.

- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.

- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

DURACIÓN
- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018

- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018

- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018

- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018

- Difusión EAP. Segundo semestre 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0793

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
ALONSO SANCHEZ MARTA
AZNAR CARBONEL ANGEL
PINA GADEA MARIA BELEN
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elección de contenidos de cursos a desarrollar desde el Plan de Formación de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II. Responsables Flor Pascual, Ángel Aznar, Marta Alonso y Elena Laín
-Elaboración en marzo 2018 de un calendario para la gestión de las aulas disponibles. Responsable Pilar Abril
-Inclusión imágenes fichas difusión. Realización de de abril a noviembre 2018. Responsable Pilar Abril
-Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP mediante correo electrónico. Realización de abril a Noviembre. Responsable Pilar Abril
-Recordatorio a los docentes mediante llamada telefónica. Realización de abril a noviembre. Responsable Elena Laín

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: 100% (estándar >90%)
% de actividades formativas gestionadas por medio del calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100% (estándar 100%)
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 1374/687= 200% (estándar >75%)
% de alumnos que han participado en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 607/687= 88,36 (estándar >75%). Este indicador no lo habíamos planteado inicialmente en el proyecto, pero consideramos que es un dato importante a tener en cuenta.
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: 100% (estándar <80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la dificultad que supuso el retraso del inicio de las actividades formativas debido al retraso en la aprobación de los Presupuestos, se ha cumplido el objetivo principal de este proyecto al ejecutarse el 100% del Plan de Formación.
Por otra parte, consideramos que este proyecto ha sido muy útil a nivel interno para la gestión de las aulas. De esta forma hemos podido paliar el problema que supone el escaso número de aulas para formación disponibles en AP de nuestro Sector.

Todas las acciones de mejora realizadas se han incorporado en la sistemática de trabajo del área de formación de AP de este Sector para su realización de manera continua en la ejecución de los años siguientes en el Plan de Formación de este Dirección de AP. Por todo ello damos por finalizado el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/793 ========== ***

Nº de registro: 0793

Título
MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PASCUAL GUTIERREZ FLOR, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0793

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

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

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

PROBLEMA
La Formación Continuada es una importante herramienta de actualización y desarrollo de los profesionales sanitarios, cuyo objetivo es la adquisición de los conocimientos, las destrezas y las competencias necesarias para la mejora en el ejercicio de la práctica asistencial. El aprendizaje continuo constituye una pieza clave para perfeccionar el desempeño profesional, permitiendo alcanzar mejores resultados en salud y mejorar la satisfacción de los pacientes.
La Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II oferta un amplio plan de formación, lo que supone dificultades en relación a la disponibilidad de aulas y docentes y problemas para ejecutar dicho plan. A ello se añade, en algún caso, que el inicio de la ejecución del mismo no coincide con el año natural debido al retraso en la aprobación de los presupuestos lo que lleva a una acumulación de acciones formativas en poco espacio de tiempo

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la difusión cada una de las acciones del Plan de Formación
Facilitar la gestión de aulas
Aumentar el grado de ejecución del Plan de Formación

MÉTODO
Elaboración de un calendario para la gestión de las aulas disponibles
Cumplimentar fichas de difusión de los cursos con imágenes, de manera que sean más atractivas
Realización difusión de las actividades formativas no solo a los responsables de formación de los equipos sino también a los referentes en los equipos de la estrategia relacionada con la formación.
Realizar recordatorio a los docentes previo a la realización de las actividades formativas

INDICADORES
% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: >90%
% de actividades formativas gestionadas por medio de calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100%
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: >75%
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: >80%

DURACIÓN
Elaboración calendario gestión aulas: Marzo
Inclusión imágenes fichas difusión con imágenes: Abril- Junio
Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP: Abril-Octubre
Realización recordatorio a los docentes: Abril-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 - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BELEN PINA GADA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO CARMEN
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, el Servicio de Farmacia de AP ha desarrollado su compromiso en la optimización del uso de antimicrobianos realizando las siguientes actividades programadas:

1. Participó activamente en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA presentando los datos de consumo de antibióticos en atención primaria, tanto a nivel de medicina de familia como de pediatría de los diferentes sectores de Aragón y su comparativa con Aragón y con datos del PRAN, para ello tuvo que consultar la base de datos que contiene todas las recetas facturadas con cargo al SALUD.
2. Ha participado activamente en el grupo PROA-AP autonómico, asistiendo a todas las reuniones convocadas en el año (3 reuniones) y llevando a cabo todas las tareas encomendadas. Dentro de este grupo de trabajo ha estado participando en el diseño de los informes de consumo de antibióticos, así como en la validación de los datos que en el se muestran, lo que ha supuesto numerosas reuniones con la responsable de mantenimiento de la herramienta así como de trabajo en el despacho de revisión y validación de la información.
3. Participación en comisión de infecciones. Durante el año 2018 se llevaron a cabo 10 reuniones de la comisión de infecciones de la que Belén Pina es secretaria de dicha Comisión, lo que supone la redacción de todas las actas así como la convocatoria de todas la reuniones. También se ha participado y coordinado la remodelación de la composición de dicha Comisión de acuerdo a las nuevas directrices de la Instrucción de la DGAS firmada el 13 de Abril.
4. Se ha liderado e impulsado la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:
a. Durante el año 2018 se ha revisado y elaborado la guía terapéutica autonómica en infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual. También se ha participado en la elaboración de la guía de infecciones respiratorias de vías bajas del HUMS así como de infecciones urinarias del HUMS.
b. Se ha elaborado y difundido un manual donde se recogen las recomendaciones de toma de muestras en AP de acuerdo las recomendaciones establecidas por el servicio de microbiología del HUMS
c. Se ha apoyado a los EAP en la formación relacionada con los principios generales del buen uso de los antibióticos y en la concienciación de los profesionales de preservar el valor terapéutico de los antibióticos.
d. Durante el año 2018, desde el grupo IRASPROA se puso en marcha una campaña de optimización de uso de antibióticos dirigida tanto a los profesionales sanitarios como a los paciente, era un campaña formativa, y de compromiso, mediante la cual los profesionales sanitarios han manifestado su acuerdo de adherirse a los principios del buen uso de los medicamentos.
5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:
a. Se ha realizado el informe de uso de antibióticos del sector a partir de los datos de facturación de recetas con cargo al SALUD a través de consultas a la base de datos de Farmasalud y posterior procesado de los datos.
b. Se ha realizado el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de EAP, pero debido a que la OMS ha definido un nuevo valor de DDD para los principios activos de amoxicilina y amoxi-clavulánico, que ha obligado ha recalcular los datos de consumo. Este recálculo sólo se ha realizado con la información de consumo de antibióticos de 2018, pero no se ha reprocesado la información de años anteriores por los que no se puede analizar la evolución comparativamente con los años 2015-2017. Los datos de 2018 se han comparado con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.
c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos. En Junio y octubre se mostraron a los equipos de atención primaria los datos de los indicadores seleccionados que informan sobre el uso de los antibióticos para que pudiesen ser tenidos en cuenta en la orientación de sus proyectos asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado han sido los siguientes:

• Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
o Objetivo: SI
o Resultado: El día 13 de Abril de 2018 se presentó la ponencia titulada “Indicadores de uso y consumo de antibióticos ¿cómo nos ayudan a entender nuestra situación y dónde debemos incidir?” en la mesa dedicada a Atención Primaria.
• Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico:
o Objetivo: Asistencia al 75%
o Resultado: se han convocado 3 reuniones del grupo autonómico PROA AP a las cuales hemos asistido. Asimismo dentro del grupo de IRASPROA-Farmacia hemos asistido a las 8 reuniones que se han organizado con el objetivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

de diseñar y revisar los informes de consumo de antibióticos dirigidos a los profesionales de AP.
• Número de reuniones grupo PROA-AP del sector:
o Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
o Resultado: Este año se han convocado 8 reuniones que han sido coordinadas por Belén Pina.
• Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP.
o Objetivo: 2 reuniones/año
o Resultado: Durante el año 2018 se convocó a los responsables de antibióticos a 2 reuniones, una en junio y otra en octubre. En la primera de ella, se les explicaron los objetivos del grupo PROA del Sector II y del grupo IRASPROA y se les presento el consumo de antibióticos del Sector.
En la segunda de ellas se les explicó la sesión Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón para que la pudiesen impartir con posterioridad en sus centros, así como la evolución de los indicadores en los equipos del Sector.
• Informe de uso de antibióticos del sector.
o Objetivo: Sí
o Resultado: Se elaboró un informe de consumo de antibióticos que se presentó a la Comisión de Infecciones, al grupo PROA AP SII y a los responsables de antibióticos de los EAPs
• Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica.
o Objetivo =50%
o Resultado: En el año 2018, 14 EAPs (63,33%) del sector eligieron un proyecto asistencial ligado al PROA para su inclusión en sus Acuerdos de Gestión Clínica
• Elaboración de informes de seguimiento.
o Objetivo: SI
o Resultado: Se ha realizado un informe de seguimiento de todos aquellos equipos que eligieron el proyecto PROA para su inclusión en los acuerdos de gestión y se envió dicho informe al coordinador médico y al responsable de antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio de Farmacia de AP ha fortalecido su compromiso con el desarrollo de un programa a nivel de Sector que busca la optimización del uso de los antibióticos desplegando actividades a diferentes ámbitos, tanto mediante el desarrollo de herramientas de ayuda (manual de toma de muestras, guías de tratamiento antibiótico empírico, informes de consumo de antibióticos…) como mediante el impulso y la transmisión a los equipos de la preocupación por el desarrollo creciente de resistencias, alcanzándose los objetivos planteados para el año 2018.
El año 2019 se plantea como un año, donde las actividades irán centradas, en la difusión e implantación de las herramientas diseñadas y preparadas, para lo que se planteará un nuevo proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
La elevada carga de trabajo del Servicio de Farmacia, así como de los profesionales de AP, limita el poder tener un contacto directo con éstos.
También representan una limitación importante los sistemas de información disponibles, que no permiten obtener la información necesaria para el análisis de una forma ágil, ni por el Servicio de Farmacia AP ni por los profesionales sanitarios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1034 ========== ***

Nº de registro: 1034

Título
PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, LAIN MIRANDA MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

El Servicio de Farmacia de AP siempre ha manifestado su compromiso con la optimización del uso de antibióticos, participando activamente en la Comisión de Infecciones del Sector, y en estos momentos, además como miembro del grupo autonómico IRASPROA-AP, e impulsando activamente el grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.

El sector Zaragoza II, es el sector con la tasa de consumo de antibióticos por receta menor de Aragón, pero desde el Servicio de Farmacia de AP debemos trabajar en la difusión e implementación de todas aquellas estrategias, documentos e iniciativas que se están desarrollando en el grupo PROA-AP Sector II y en el IRAS_PROA-AP y que inciden en la optimización del uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Impulsar la implicación de los EAP mediante la realización de proyectos asistenciales PROA.
- Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.
- Participar en acciones de actualización del conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

MÉTODO
1. Participación en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
2. Participación en el grupo PROA-AP autonómico
3. Participación en comisión de infecciones
4. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:
a. Actualización de la guía terapéutica autonómica y posterior difusión entre los profesionales
b. Elaboración y difusión de recomendaciones de toma de muestras en AP
c. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
d. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA
5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:
a. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector.
b. Realizar el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de de EAP, estudiando su evolución en los años 2015-2017 y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.
c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos.

INDICADORES
• Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA. Objetivo: Sí
• Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico: Objetivo: Asistencia al 75%
• Número de reuniones grupo PROA-AP del sector: Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
• Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP. Objetivo: 2 reuniones/año
• Informe de uso de antibióticos del sector. Objetivo: Sí
• Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =50%
• Elaboración de informes de seguimiento. Objetivo: SI

DURACIÓN
- Marzo-Abril: jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP autonómico
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Mayo: informe de uso de antibióticos del sector
- Mayo-Diciembre: informes de seguimiento del uso de antibióticos a nivel de EAP y de sector.
-Mayo-Diciembre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP
-Enero-Diciembre: elaboración y difusión recomendaciones de toma de muestras en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

-Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO F ANDREU GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... ESAD ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE
LAUROBA ALAGON MARIA PILAR
LAPUERTA ALCAZAR CARMEN
MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA
SANZ RECIO JOSE LUIS
MORENO MATEO ROBERTO
TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para abordar el tema se eligió como población diana a alumnos de 4º de la ESO por presentar a priori el grado de madurez necesario para participar en los coloquios y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva y segura.
Así, para llevar a cabo el proyecto que denominamos #finaldevidasintabúes se contactó con los servicios de orientación y las direcciones de los centros educativos Inmaculada Concepción e IES Pablo Serrano de Zaragoza. Se realizó la presentación del proyecto durante los meses de mayo-junio 2018 y se obtuvieron los permisos pertinentes para su realización durante el primer trimestre del curso escolar 2018-2019.
Del mismo modo se notificó al centro de salud Torre Ramona la intención de impartir los talleres dado que uno de los centros educativos es objetivo habitual de las actividades comunitarias de dicho centro de salud.
Los talleres tuvieron una duración de 1hora y 30minutos y fueron impartidos por personal de enfermería del servicio en el mes de Octubre 2018. Al principio de los talleres se ofreció la posibilidad a los alumnos de no asistir o abandonar el aula si en algún momento se sentían incómodos con el tema a tratar.
El taller se desarrolló en torno a una presentación power point sobre la experiencia de un persona a la que se le diagnostica una enfermedad terminal y su familia. Breve biografía .Desde el diagnóstico hasta su fallecimiento, reflejando las emociones, dudas y decisiones que fueron tomando a lo largo de todo el proceso mostrando el trabajo de la unidad de cuidados paliativos domiciliarios e introduciendo los términos muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa y testamento vital.
Para fomentar el debate en el aula se desarrollaron preguntas que los alumnos debían responder utilizando la aplicación de sus móviles vox Vote de respuesta y proyección en pantalla de encuestas en tiempo real .
Dicha aplicación permite a su vez conocer el porcentaje de participación de los alumnos . Al finalizar el taller se pasó encuesta de satisfacción con posibilidad de aportación libre .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La repuesta en los centros educativos sobrepasó las expectativas. De tal manera, que se nos ha propuesto realizar las charlas de forma regular a los alumnos de 4º de ESO y de otras formaciones y edades similares.
Se realizaron cuatro talleres a un total de 61 alumnos de 4º de ESO con edades comprendidas entre los 15-17 años.
La acogida por parte de los alumnos fue superior a la esperada de forma que en algunos casos faltó tiempo para continuar con el debate aunque se consiguió explicar los conceptos marcados en los objetivos .
Destacar la participación de los tutores de los grupos que colaboraron en la dinámica de grupo participando en los debates y encuestas.
Una alumna optó por no asistir a los talleres .Ningún alumno abandonó el aula una vez iniciado si bien dos se negaron a participar en las preguntas de debate de Vox Vote.
En cuanto a los resultados de los indicadores sobre participación obtenidos de la aplicación vOx vote"Al menos el 75% de los alumnos responderán a las las preguntas Vox vote preguntas lanzadas a través de Vox Vote. Nº alumnos participantes / Nº total de alumnos presente x 100 >= 75"
59 partipantes /61 presentes x 100 = 96% de participación
Con respecto al indicador de satisfacción obtenido mediante encuesta a puntuar entre 1 y 5 siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho . "Al menos el 75% de los alumnos se encontrarán satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. Nº alumnos satisfechos / Nº total de alumnos presentes x 100 >= 75"
Alumnos satisfechos o muy satisfechos 58 / Alumnos presentes que rellenaron la encuesta 61x 100 = 95% de alumnos que se encontraron satisfechos o muy satisfechos con la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realización de la actividad hemos podido observar el interés creciente en los centros educativos con respecto al abordaje de la muerte y el duelo en las aulas .
La elección de la población de 4º ESO ha resultado acertada, el grado de madurez así como el interés natural que ha esa edad se tiene por los temas existenciales favorece el debate de forma constructiva. De cualquier manera se ha de tener en cuanta que las repuestas de los alumnos pueden ser inesperadas pudiendo aparecer emociones y dudas para los que se ha de estar preparado y disponer de tiempo para resolver .
Es difícil valorar el impacto de las charlas en los alumnos mas allá de las encuestas de satisfacción pero todos ellos verbalizaron que el taller les había hecho ponerse en el lugar de las personas del caso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

presentado y reconocen que es importante poder hablar de la muerte para afrontar la vida.
Pensamos que la actividad puede extenderse a mas centros y ser parte de la actividad habitual de los equipos ESAD si se cuenta con el apoyo necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/679 ========== ***

Nº de registro: 0679

Título
FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:
ANDREU GRACIA SERGIO FERNANDO, CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE, LAUROBA ALAGON MARIA PILAR, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN, MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA, SANZ RECIO JOSE LUIS, MORENO MATEO ROBERTO, TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Afrontamiento final de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Gestión del conocimiento. Educación para la salud
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A diario los equipos de cuidados paliativos domiciliarios acompañamos a los pacientes en una experiencia existencial única: hacer frente al final de sus vidas.
Desde los cuidados paliativos se afirma la vida de calidad tanto en los aspectos físicos como emocionales para el paciente y su entorno.
Observamos con mucha frecuencia, que el proceso de morir, se vive con ocultación y negación tanto por los pacientes como por los familiares. Esto impide la expresión de emociones y la comunicación en el seno de las familias, generando en muchos casos un sufrimiento emocional mayor que el que pudiera producir cualquier otro síntoma físico.
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.
Los programas de educación para la salud promueven los hábitos saludables y la prevención de enfermedades y accidentes.
Entendiendo que la vida va unida inexorablemente a la muerte, pensamos que, desde un programa comunitario de educación para la salud, se puede mejorar el afrontamiento del final de la vida, favoreciendo la comunicación en torno a la muerte.
¿Por qué hablar de esto en las aulas?
Porque hablar de la muerte sigue siendo un tema Tabú. Socialmente se evita, se oculta, resulta incómodo hablar de ella y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva.
Porque la muerte y todo lo que la rodea está en los medios de comunicación, las redes sociales, los videojuegos, la música, el cine y no siempre se aborda de una forma que permita su entendimiento sin distorsiones de la realidad.
Porque hay alumnos que han perdido algún familiar o amigo, o que son cuidadores de alguien al final de vida.
Porque si se habla de la muerte de forma adecuada a la edad de los alumnos, son capaces de reflexionar y entender; están preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS
Favorecer la reflexión y el debate en las aulas en torno a la muerte y la actitud frente a ella, para entenderla como parte de la vida y poder hablar de ello con naturalidad.
Aclarar mitos sobre el final de vida y conceptos como muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa, testamento vital y otros que los alumnos pudieran plantear de manera espontánea.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Taller de 1 hora de duración en el que, mediante la proyección de un caso, se mostrarán distintas actitudes que surgen en una familia ante una situación de final de vida.
Haciendo uso del teléfono móvil, a los alumnos se les animará a responder preguntas cuyas respuestas se proyectarán en pantalla mediante la aplicación Voxvote con el objetivo de crear debate en el aula.

- ¿Hay que contar la verdad a las personas?
- Si decides que no, ¿hasta cuándo?
- Si fueras tú, ¿te gustaría conocer la verdad sobre tu enfermedad?
- ¿Hay alguna edad a la que creéis que no se deba contar la verdad?
- ¿Consideráis que una persona debe de poder elegir su propio final?
- ¿Qué podéis hacer vosotros por alguien que está al final de su vida?

Se hará referencia durante el debate a aspectos legales en torno a la información y situación de final de vida, así como a los conceptos señalados en los objetivos.
Dada la universalidad del tema de la charla, se propone al centro que sea una actividad transversal pudiendo abordarse así el tema de final de vida desde asignaturas como la música, arte, historia, filosofía, ética, religión, biología…

INDICADORES
Realizar la actividad al menos en 2 aulas durante este año
Evaluación del grado de participación de los alumnos. Al menos el 75% de los alumnos responderán a las preguntas lanzadas a través de Vox Vote. Nº alumnos participantes x 100/ Nº total de alumnos presente>= 75
Encuesta de satisfacción. Al menos el 75% de los alumnos s encontráran satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. Nº alumnos satisfechos x 100/ Nº total de alumnos presentes>= 75

DURACIÓN
La actividad será realizada por personal de enfermería del ESAD.
Comunicación del proyecto a personal ESAD :junio 2018
Comunicación a Centro de Salud de Zona :junio 2018
Contacto con centro educativo: junio 2018
Reuniones de equipo y reparto de tareas: septiembre de 2018.
Realización de los talleres : primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (octubre-diciembre) con fechas a concertar con los centros educativos según su disponibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASSINELLO OGEA CONCEPCION
FRACA CARDIEL CONCEPCION
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
RODRIGUEZ CALVO CORAL
MATEO AGUDO JESUS JAVIER
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA
SANZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Coordinación con servicio de endocrino para la derivación de pacientes malnutridos para su evaluación y tratamiento. Establecer circuito y dossier informativo para el paciente.
2. Consulta no presencial, donde se revisan electrónicamente a los pacientes recién incluidos en lista de espera para solicitar determinadas pruebas previas a la consulta de anestesia, y a su vez se revisan a los pacientes próximos a intervenir de cara a iniciar circuito de optimización nutricional o de su anemia o bien posponer su cirugía en el caso de alguna contraindicación sobrevenida entre la consulta de anestesia y la cirugía
3. Charla informativa a los anestesiólogos de traumatología para información de las novedades de este proyecto
4. Coordinación con hematología para control de los pacientes optimizados y transfundidos.
5. Coordinación con el servicio de endocrinología para detección y tratamiento de pacientes de bajo nivel nutricional
6. Coordinación con el servicio de medicina interna para derivación a la consulta de alta resolución de anemia de determinados pacientes.
7. Formación del personal de enfermería de la consulta de anestesia.
8. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados. Y mensualmente recogida de datos de los pacientes optimizados para su control.
9. Realización de tabla Excel de recogida de datos donde agrupar a los pacientes según unidad quirúrgica a la que pertenezcan

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Implicación cada vez mayor de los anestesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y en la realización del circuito
que conlleva el proyecto.

2. Revisados 6222 pacientes desde lista de espera y desde listados de próximas cirugías a lo largo del 2018, de los cuales se detectaron 550 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio. y de ellos 248 se incluyeron finalmente en el circuito de optimización.

3.Detección de 5 pacientes con patología digestiva que le provocaba la anemia y que fueron derivados al servicio de digestivo/ medicina interna.

4.Detección desde la consulta no presencial de 7 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía, y uno de ellos fue exitus antes de la cirugía.

7.Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado durante estos años desde una tasa del 11% a una tasa del 3,1% del año 2017 a una actual de 2,39%. En la unidad de columna se situa entorno al 7% siendo las cifras previas alrededor del 15%.

8. En relación al nivel nutricional únicamente fue incluido un paciente en el grupo de optimización, por lo cual se llego a la conclusión que el nivel nutricional de los pacientes de HRTQ sometidos a estas cirugías programadas era óptimo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

sanguínea y sus complicaciones asociadas.

2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la trasfusión, y parece ser que ya hay una concienciación de este hecho entre los distintos servicios quirúrgicos.

3. Los pacientes sometidos a cirugía programada en HRTQ, no suelen presentar desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:
HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.
Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posiblidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.
Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO
1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestrucutura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados asi como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador Nºpac informados/ pac optimizados x 100
2.Pacientes que cumplen el protocolo
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

DURACIÓN
Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17
1. Sesión informativa Noviembre 16
2. Tríptico paciente Octubre 16
3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
4. Hematología Diciembre 16
5. Formación enfermería: Noviembre 16
6. Revisión lista de espera: mensulamente durante todo el año
7. Hospital de día: diciembre 16
8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente
9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
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 .....: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
POLO PELLICENA MARCOS
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
RODRIGUEZ CALVO CORAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración del tríptico informativo para el paciente.
2. Contacto con responsables de las distintas unidades implicadas en las cirugías a optimizar, para recordarles la importancia del proyecto de mejora, sus objetivos y repercusión en sus pacientes.
3.Continuar con la colaboración de la supervisora de hospital de día, para utilizar la unidad para la administración de los tratamientos y para que nos facilite la relación de pacientes optimizados de cara a un mayor control.
4.Contacto con la responsable de unidad de anemias (Dra. Gonzalez), y protocolización en las interconsultas que le realicemos para que aparezcan en la pestaña de otros informes en la historia clínica del paciente.
5.Formación continuada de anestesiólogos implicados en el proyecto, con elaboración de esquema recordatorio de los pasos a dar ante un paciente con anemia.
6.Formación de la enfermera de la consulta de anestesia.
7. Aunque inicialmente no estaba en el proyecto, se ha creado una consulta no presencial, desde la que se revisa los pacientes que las distintas unidades implicadas en el proyecto piensan operar al mes siguiente, con el objetivo de:

a) Detectar pacientes que son necesarios optimizar, para avisarles vía telefónica para que inicien el circuito para recibir el tratamiento pautado, desde la consulta de anestesia.
b) Detectar pacientes que han presentado algún tipo de comorbilidad desde que fueron vistos en la consulta de anestesia y que pueda contraindicar la cirugía en el momento actual.
c) Comunicación con los responsables de las distintas unidades sobre las incidencias encontradas al valorar las listas de cara a su modificación si fuese necesario.

Los informes sobre estos pacientes se crean en el HP Doctor y se pueden visualizar en la pestaña de otros informes de la historia clínica del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Implicación de los anestesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y secretarias en la realización del circuito que conlleva el proyecto.

2. Revisados 2064 pacientes desde lista de espera a lo largo del 2017, de los cuales se detectaron 153 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio.

3.Desde Octubre, 92 pacientes estudiados desde la consulta de anestesia y puesto tratamiento necesario.
4.Detección de 7 pacientes con neoplasia digestiva que le provocaba la anemia al ser derivados al servicio de digestivo y un paciente con mieloma que fué derivado a hematología.
5.Detección desde la consulta no presencial de 10 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía.
6.Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado de una tasa del 11% a una tasa del 3,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1 Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión sanguínea y sus complicaciones asociadas.
2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la trasfusión.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:
HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.
Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posiblidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.
Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO
1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez Herranz
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestrucutura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados asi como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden
8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador Nºpac informados/ pac optimizados x 100
2.Pacientes que cumplen el protocolo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Se obtendrá de la historia clínica
Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

DURACIÓN
Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17
1. Sesión informativa Noviembre 16
2. Tríptico paciente Octubre 16
3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
4. Hematología Diciembre 16
5. Formación enfermería: Noviembre 16
6. Revisión lista de espera: mensulamente durante todo el año
7. Hospital de día: diciembre 16
8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente
9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
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 .....: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARDONES FUENTE AMAYA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Realización de las encuestas, elaboradas en el Proyecto de Mejora del año 2016, a 172 pacientes. Estos habían sido intervenidos en las hora previas de un proceso traumatológico. Las encuestas se realizan en la planta de hospitalización, cuando el paciente está recuperado de la anestesia y las realizan enfermeras con experiencia en este tipo de pacientes.
2. Seguimos el calendario previsto entregando las encuestas desde mayo del 2018 hasta enero del 2019.
3.En septiembre hicimos una primera valoración de los datos obtenidos, viendo que la mayoría de los pacientes rellenaban bien el cuestionario, salvo la primera pregunta referente a su estado de salud que muchos se la saltaban.
4. En febrero hemos realizado un estudio estadístico de los datos obteniendo los resultados que detallamos en el apartado siguiente.
5. Vamos informando a la Unidad de los resultados obtenidos y comentando medidas que podemos realizar para optimizar los cuidados que realizamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El principal resultado alcanzado es haber obtenido una valoración por parte del paciente de los cuidados anestésicos que recibe teniendo en cuenta las dimensiones física, emocional y de relación de los mismos. Los pacientes colaboran rellenando los cuestionarios y la valoración que tienen de nuestro trabajo es, en general, muy positiva.
2.Al igual que en el proyecto del año 2016 no hemos conseguido realizar el número de cuestionarios que nos habíamos propuesto,
3. Un breve resumen los datos obtenidos:
-Hemos obtenido 167 cuestionarios válidos. 96 mujeres y 71 hombres. Edad media de 63,7. La mayoría ASA1 (89) y ASA2 (76).
- Los procesos quirúrgicos de los que hemos recogido más encuestas son las artrodesis de columna y las osteosíntesis de cadera.
- La valoración media de la satisfacción obtenida con los cuidados anestésicos sobre una escala de 5 ha sido de 4,381.
-.El único aspecto valorado por debajo de 4 ha sido el dolor postoperatorio con una media de 3,6.Por intervenciones las mas dolorosas han sido las osteosíntesis de mano y antebrazo con media de 2,7,seguidas de las osteosíntesis de pierna y pie con media de 3,35 y de las artrodesis de columna con media 3,44.
-Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya siempre con medias por encima de 4 son: el pasar frío en quirófano (4,1),la información recibida en la consulta (4,14), la posición cómoda durante la cirugía (4,25) y el despertar confortable en quirófano (4,21).
-Las nauseas y vómitos postoperatorios han obtenido buena valoración (4,69).
-Hemos realizado un estudio estadístico de las diferentes variables a estudio (edad, sexo, percepción por parte del paciente de su estado de salud previo al ingreso, grado de riesgo anestésico según la escala ASA, existencia de depresión, toma habitual de analgésicos, intervención quirúrgica, tipo de anestesia realizada, complicaciones en la unidad de reanimación postanestésica) para ver si existe relación estadísticamente significativa entre alguna de ellas y la valoración media que realiza el paciente de la atención anestésica recibida. Con los datos obtenidos hasta el momento no encontramos ninguna relación significativa que influya en los resultados obtenidos.
-También hemos realizado un estudio de la relación entre valoración del dolor postquirúrgico y el tipo de intervención. Aquí sí que encontramos diferencias significativas entre los pacientes intervenidos de hombro y el resto de las intervenciones, siendo las de hombro menos dolorosas(valoración media 4,64).
-En el estudio del resto de los items peor valorados y las diferente intervenciones no hemos encontrado ninguna relación.
-Sí que encontramos correlación entre las expectativas que tenía el paciente previas al ingreso y la valoración de los cuidados recibidos,
-A la pregunta de si volverían a elegir el mismo equipo anestésico para operarse todos nuestros pacientes han respondido positivamente,
-En el apartado de sugerencias solo han respondido 20 pacientes, la mayoría agradeciendo los cuidados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

recibidos y unos pocos recalcando el malestar con alguno de los cuidados ya valorados en la encuesta que habían realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. En cuanto a la validez del formulario, vemos que la mayoría de los pacientes lo rellenan bien, excepto el primer apartado de valorar su estado de salud que solo lo han contestado 99.
2. Hemos realizado menos encuestas de las que nos habíamos propuesto, debido a que en un hospital con tanta presión asistencial como el nuestro es difícil sacar el momento para cualquier tarea extra. Pero nos parece que 167 es un número suficiente para hacer un sondeo de como valoran los pacientes nuestro trabajo que es el objetivo principal de este proyecto.
3. Nos parece pertinente seguir realizando las encuestas porque vemos que vamos obteniendo datos que nos ayudan a mejorar nuestra labor asistencial.
4.El nivel de satisfacción con los cuidados recibidos por parte del equipo de anestesia es alto y existe un bajo índice de complicaciones en la sala de despertar,
5. El dolor postoperatorio es el aspecto peor valorado de los cuidados anestésicos de nuestros pacientes. Siendo los procesos de osteosíntesis distales de las extremidades y las artrodesis de columna los peor controlados según nuestros resultados.
Ya el año pasado se empezó a hacer seguimiento del dolor de los pacientes que reciben anestesia locoregional. Intentaremos este segundo trimestre realizar más encuestas a los pacientes sometidos a osteosíntesis de las extremidades para poder hacer una valoración más exhaustiva.
6.Destaca la baja incidencia de nauseas y vómitos postoperatorios, pero seguiremos haciendo seguimiento para ver que continúa esta tendencia.
7. La información dada en la consulta también esta entre los items peor valorados, como ya ocurrió el año pasado, insistiremos otra vez en intentar ser más exhaustivos al explicarles cómo vamos a realizar las técnicas anestésicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/280 ========== ***

Nº de registro: 0280

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas.
Siendo un objetivo fundamental de los anestesistas proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la cálidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora.
La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional,válida,fiable,consistente y sencilla de realizar.
El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO
1.Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2.Distribución de esta lista a150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3 Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4.Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5Distribución de este cuestionario a 300 pacientes . Inma Castells,Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES
Indicador de realización:número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados:Documento que analize las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización:Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados:Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización:elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB,MAR,ABRI y MAYO17
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP,OCT 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
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 .....: 2 Poco

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLERA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
CARBONELL BERNAL ROBERTO
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mejora de la disponibilidad de concentrados de hematíes 0 negativos en la hemorragia grave y masiva:
1-Se ha aumentado el stock hospitalario de concentrados de hematíes 0 negativos (CH-0-) en 4 unidades.
2-Se han colocado 2 neveras con termómetro, para la conservación de 2 CH-0- en cada nevera.
3- Se ha creado una rueda de registro de temperatura por turno de enfermería, en cada nevera.
4- Se ha creado una instrucción sobre la actuación, si la temperatura de las neveras aumenta de 6ºC o disminuye de 2 ºC, para ser implementada por las enfermeras.
5- Se ha establecido un circuito de petición, mantenimiento, y recambio, de los CH-0- con información clave para las enfermeras y médicos (de urgencias y quirófano) que puedan tener que atender una hemorragia masiva.
6- Se ha implantado registrar que se ha realizado el grupo sanguíneo a la cabecera, en el formulario de solicitud de sangre para una urgencia vital.
7- Se han impartido sesiones a los celadores que transportan la sangre, y a las enfermeras y los médicos que la transfunden.
8- Se ha creado un protocolo de seguimiento de las hemorragias masivas, para poder registrar como lo estamos haciendo y poder analizar las actividades que podemos seguir mejorando
9-Se ha solicitado una segunda línea telefónica en banco de sangre, porque con frecuencia coinciden varias hemorragias con riesgo vital, y el único teléfono del banco de sangre está ocupado.
10- Se han impartido sesiones por servicio, y cursos con alumnos reducidos(1 al trimestre) a los médicos que tienen una hemorragia masiva, sobre el protocolo hospitalario, y se han colocado poster con el protocolo, en todos los quirófanos y área de urgencias, donde se tratan las hemorragias masivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-En el bloque quirúrgico está funcionando correctamente:
• el circuito de conservación de los CH-0-, el registro de la temperatura y, las actuaciones para que la temperatura sea adecuada en todo momento. Cada día se revisa el registro de temperatura y el uso y reposición de los CH-0-, un día falló la temperatura y se realizaron las debidas actuaciones para no desperdiciar los CH de las neveras.
• la utilización de los CH-0- y su reposición, tanto cuando se han utilizado, como cuando han caducado.
2- En los pacientes con hemorragia masiva, se han podido transfundir los CH-0- en los primeros 5 minutos tras detectar la hemorragia con riesgo vital, en lugar de demorar la transfusión los 17-35 minutos de promedio, que se tardaba antes de este circuito. Se midió el tiempodesde que se detecta la urgencia vital por hemorragia hasta que se inicia la transfusión, antes de disponer de las neveras (promedio 17-35 minutos), y desde que se dispone de los CH-0- en el bloque quirúrgico (promedio 4-5 minutos).
3- Ha mejorado el ánimo de los profesionales que atendieron estas hemorragias al no desesperarse esperando los CH-0-. Se ha encuestado a las enfermeras y médicos que tuvieron la urgencia.
4- Al 90% de los pacientes que se transfunden en el quirófano, se les realiza el grupo sanguíneo a la cabecera.
5- En el 90% de las hemorragias masivas se sigue el protocolo de actuación hospitalario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-El equipo de mejora ha colaborado en todo momento para conseguir los objetivos.
2-El proyecto se ha cumplido y se ha conseguido el objetivo de transfundir en los primeros 5 minutos tras detectar el riesgo vital por hemorragia
3- Es necesario seguir de cerca el mantenimiento de los circuitos y registrar la evolución de las hemorragias masivas, para seguir implementando mejoras.
4- Hemos revisado el protocolo de hemorragia masiva, y hemos visto que el uso de la tromboelastografía puede mejorar los resultados, pero su uso e implementación será motivo de otro proyecto de mejora
5- Hemos entrado en un proyecto FIS para seguimiento de la implementación del protocolo de hemorragia masiva, y realizaremos un registro de la evolución de estas, que será motivo del proyecto de mejora siguiente

7. OBSERVACIONES.
Nos falta conseguir una segunda línea telefónica en el banco de sangre, mejorar los ordenadores del bloque quirúrgico, que son muy lentos, y realizar una petición de sangre por vía informática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

El proyecto de las neveras está concluido, sin duda hay que seguir encima, hasta que todas las instrucciones, se hagan una costumbre

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1008 ========== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se han ido añadiendo distintos centros de Atención Primaria al Proyecto, en enero sólo participaba el Centro de Atención Primaria de Fernando el Católico, tras el verano se incluyeron los centros rurales de Belchite, Fuentes de Ebro y Sástago, para a partir del año 2019 incluir todos los centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo erá una contestación a las interconsultas en un plazo inferior a una semana objetivo superado en más del 80% con un indice que está aumentando en los últimos meses. Se ha conseguido una agilización en la citación de primeras visitas de los pacientesconsultados a la vez que se consigue que el paciente inicie un tratamento adecuado antes de su primera visita a la Unidad del Dolor graciás a la comunicación con su médico de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La interconsulta de Atención Primeria con la Unidad del Dolor facilita evitar derivaciones innecesarias a la Unidad del Dolor, duplicidad de citaciones a distintos especialistas, orientación en la derivación de determinados procesos que cursan con dolor, un inicio de tratamiento adecuado de forma más precoz lo que supone un incremento en la probabilidad de éxito del mismo. Supone una agilización en la comunicación Atención Primaria-Unidad del Dolor que facilita un mejor seguimiento del paciente junto con una mayor calidad asistencial. La apertura a todos los centros de Atención Primaria del Sector va a evitar derivaciones a la Unidad del Dolor innecesarias y duplicidades de asistencia por diferentes especialistas por una misma patología en los casos que solo sea necesaria unaatención especializada. Va a suponer un mayor conocimiento de las alternativas terapéuticas ofertadas por la Unidad del Dolor en Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1389 ========== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia acasos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Mejorar la comunicación con AP
.- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
.- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
.- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO
1.- Oferta:
Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.
2.- Actividades:
.- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
.- Periodo de formación de los miemnros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
.- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
.- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
.- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaoración con las SS quirúrgica y de AP.
.- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
.- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES
.- Nº de consultas realizadas
.- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
.- Nº de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN
.- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
.- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
.- Abril – Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
.- Junio – Julio: reuniones y formación en CS
.- Septiembre – Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
.- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
.- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASSINELLO OGEA CONCEPCION
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LLORO LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia. Elaboración de protocolo consensuado en la unidad de traumatología, de lasolicitud de pruebas preoperatorias en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Puesta en funcionamiento en la Unidad de anestesia en el HRTQ en Febrero de 2019
En la Unidad de Cirugía sin ingreso se está en periodo de consenso con los miembros del servicio, con enfermería y con los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los procesos se retrasan sobre el cronograma propuesto por la necesidad de alcanzar consensos no solo entre los miembros de la unidad y por las implicaciones que afectan a otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1393 ========== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LLORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirofano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Salud ha abierto una línea estratégica de “No Hacer”. Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades cientificas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.
En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).
El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar asi como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO
OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:
Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES
.- Determinación del nº de pruebas “no solicitadas” en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias “que NO se deberían de haber solicitado”.
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN
Inicio: Junio 2016
Junio – Diciembre 2016: revisión de bibligrafia
Enero – Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatologos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo – Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviermbre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MAXIMILIANO TORO NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLOMINA CALLEN LORENA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
LAFUENTE OJEDA NOELIA
MARTINEZ NUEZ SILVIA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO
PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto era implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM) con el objeto de disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA.
Igualmente buscábamos disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos y mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica
La metodología empleada en este proyecto fue de tipo prospectiva y observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 18 años operados entre el mes de abril y diciembre de 2018 en el Hospital Miguel Servet en la especialidad de Cirugía General y que fueron ingresados en la REA durante el postoperatorio inmediato. Se estudiaron un total de 50 pacientes
En una escala de intensidad del dolor, todos los procesos que se incluyeron en este estudio estarían en el grupo de dolor moderado-intenso (amputación abdómino peritoneal, hemicolectomía, sigmoidectomía, cirugía compleja de la pared abdominal)
Como criterio de exclusión se estableció la incapacidad o falta de colaboración para responder a los test del estudio (paciente intubado, séptico, inestable HD…), o el uso de otro tipo de analgesia (epidural, fundamentalmente)
Previamente al inicio del proyecto, se formó a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP: técnica, complicaciones…
Posteriormente, se revisó la bibliografía existente, se diseñó una hoja de recogida de datos y se realizaron dos protocolos de analgesia que serían aplicados a todos los pacientes incluidos en el proyecto: a 25 pacientes se les asignó el protocolo TAP+PCM y a 25 pacientes el protocolo PCM
Realizamos reuniones periódicas para evaluar los resultados que se iban recogiendo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse.
Para cada paciente se rellenó una hoja de recogida diseñada específicamente, donde se registraron parámetros como:

1. Fármacos usados en la intervención
2. EVA al ingreso en la unidad y seriado hasta el alta de la reanimación
3. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la unidad: TAP y PCM o sólo PCM
4. Efectos secundarios
5. Necesidad de analgesia de rescate. En caso de haber sido necesaria, evaluamos su número, efectividad y tiempo hasta su administración
6. Grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el paciente siguiendo un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto
No hubo pérdida de información: los 50 casos seleccionados completaron todas las fases del cuestionario y no se tuvo que excluir a ninguno de los pacientes
La recogida de datos comprendió a 50 pacientes (25 que recibieron tratamiento con bloqueo TAP y PCM; y 25 que recibieron tratamiento sólo con PCM)
Descripción de los resultados:
El EVA durante la estancia fue menor en los pacientes a los que se les había realizado una técnica combinada TAP y PCM; de hecho, en bastantes de ellos, la dosis de opioides fue mínima o incluso suspendida su administración
El tiempo hasta el primer rescate y el número de rescates analgésicos fue menor en el grupo TAP
No observamos ninguna complicación tras la realización de la técnica analgésica (punción visceral, hematoma…)
Los episodios de nauseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con bloqueo TAP
De los 25 pacientes del grupo TAP y PCM, 10 tuvieron dolor “como lo esperaban”, 14 “menos del que esperaban” y 1 “más del que esperaban”
De los 25 pacientes del grupo solo PCM, 11 tuvieron dolor “como lo esperaban”, 3 “menos del que esperaban” y 11 “más del que esperaban”
Al calificar nuestra intervención, 22 pacientes estaban “muy satisfechos”, 20 “satisfechos”, 5 “ni contentos ni descontentos” y 3 “descontentos”

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grado de satisfacción de los pacientes fue entre satisfecho y muy satisfecho en el 84% de los casos y sólo en 3 casos expresaron su descontento (todos ellos sin bloqueo TAP; además, fueron casos de una cirugía más compleja)
La analgesia TAP ha resultado mejor método analgésico que la perfusión continua de opiáceos: menos efectos secundarios, menos crisis irruptivas, menor número de rescates y sin la aparición de complicaciones
Creemos que se puede extender el uso del bloqueo TAP para el control del dolor postoperatorio de otras cirugías: Urología, Ginecología…, y ser incluido en los protocolos analgésicos habituales por su sencillez, bajo coste y alta efectividad.
Como conclusión pensamos que los resultados expuestos demuestran la eficacia y seguridad de las técnicas invasivas en el control del dolor postoperatorio y nos estimula a mejorar y continuar con su uso

7. OBSERVACIONES.
Las técnicas intervencionistas para el abordaje del dolor nos aportan una solución segura, barata y eficaz para conseguir el objetivo de “pacientes sin dolor” ingresados en nuestra REA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/844 ========== ***

Nº de registro: 0844

Título
INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

Autores:
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, COLOMINA CALLEN LORENA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, MARTINEZ NUEZ SILVIA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Si no se trata adecuadamente puede cronificarse. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación quirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos, sin olvidar que el dolor es una experiencia subjetiva
Las complicaciones derivadas del dolor postoperatorio son muy diferentes y potencialmente graves: respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas, inmunológicas, psicológicas….
El postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de Resección Anterior de Recto (RAR) y Amputación Abdomino Peritoneal (AAP) se realiza en la Unidad de Reanimación (REA) del HUMS. El tratamiento analgésico habitual incluye fármacos analgésicos, antiinflamatorios y fundamentalmente mórficos (en perfusión continua y en bolus de rescate)
La administración de mórficos en el postoperatorio inmediato puede provocar una serie de efectos secundarios, entre los que se encuentran nauseas, prurito, sedación, íleo paralítico, hipotensión y desorientación. Todos ellos suponen un retraso en la evolución del paciente, un mayor riesgo de complicaciones y una demora en el alta a la planta de hospitalización.
El bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) es un bloqueo con anestésicos locales de la pared abdominal que se ha extendido rápidamente en la práctica clínica como parte de la analgesia multimodal en cirugía abdominal. Todo ello debido a su sencillez, seguridad y eficacia. La realización de la técnica ecoguiada ha permitido disminuir las potenciales complicaciones y aumentar las tasas de éxito
Su introducción en la práctica diaria mejorará la calidad de la analgesia de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal ingresados en la REA, minimizando los efectos secundarios de los opiodes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

1. Formar a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP
2. Implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM)
3. Disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA
4. Disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos
5. Mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica

MÉTODO
1. Revisión de la bibliografía existente
2. Actualización de los protocolos analgésicos existentes, incluyendo en los mismos el bloqueo TAP para la cirugía colorrectal
3. Creación de la hoja y sistema de recogida de datos
4. Formación a los adjuntos de la REA en la realización del bloqueo TAP

INDICADORES
1. Tasa de Cumplimiento: se han formado en la técnica todos los adjuntos de la REA, se han realizado un mínimo de 50 bloqueos TAP
2. Morbilidad asociada: eventos consecuencia de la técnica
3. Grado de satisfacción del paciente: la información se obtendrá a través de una entrevista por cuestionario al paciente durante su estancia y al alta de la REA
4. Disminución en el consumo de mórficos en las primeras 24 horas
5. Disminución en la aparición de complicaciones asociadas al uso de mórficos

DURACIÓN
1. Duración: 1 abril 2018 – 31diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
2. Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo y encuesta: abril 2018 (todos los integrantes del proyecto)
3. Formación en la realización de la técnica: mayo 2018 (todos los integrantes del proyecto)
4. Aplicación del protocolo: junio a noviembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
5. Recogida de resultados y evaluación final: diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
6. Todos los meses tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar el protocolo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse (todos los integrantes del proyecto)

OBSERVACIONES
Somos partidarios de que el dolor sea considerado como una prioridad asistencial y su alivio un criterio de calidad. La REA ofrece soluciones activas y cambiantes a cada paciente y tipo de intervención, buscando siempre su confort dentro de la mayor seguridad posible

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0845

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
GALLEGO LIGORIT LUCIA
LAFUENTE OJEDA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Puesta en comun con los miembros del servicio. Consenso de actuación. Solicitud de material necesario para su puesta en marcha. Manejo de dicho material.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consenso sobre el protocolo de actuación. Autorización de uso de material de monitorización de la temperatura. Aprendizaje en el manejo de dicho material.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Retrasos hasta la consecución del material para la detección de hipotermia (casi 9 meses). Se consiguio la autorizacion en diciembre de 2018. Puesta en marcha inmediata del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/845 ========== ***

Nº de registro: 0845

Título
PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL Sº DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

Autores:
LAGLERA TREBOL SALVADOR, ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, CARBONELL BERNAL ROBERTO, IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, ASENSIO PARIS ANA, COLAS RODRIGUEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: enfermedades del sistema osteo muscular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dentro del proyecto infección quirúrgica ZERO del SNS, una parte de los steps definidos corresponden al manejo intra y postoperatorio inmediato; en concreto al mantenimiento de la normotermia y normoglucemia durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio inmediato.
La hipotermia y la normoglucemia se han relacionado con un peor resultado quirúrgico al favorecer la inmunosupresión y la presencia de infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento de la glucemia perioperatoria < 180 mg/dL.
Mantenimiento de la temperatura al final de la intervención > 36ºC.
disminuir la incidencia de infección quirúrgica y de la mortalidad por esa causa en pacientes intervenidos de cancer colorectal (CCR), sustitución primaria o de revisión de cadera (PTC) o rodilla (PTR) y revascularización coronaria (Bp Ao-C)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0845

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

MÉTODO
Reunión con las diferentes unidades del Sº para explicar e implicar en el proyecto de infección quirúrgica ZERO.
Elaboración del protocolo de actuación.
Revisión del protocolo de cumplimiento
Evaluación y comunicación de resultados

INDICADORES
Cumplimiento global de la normotermia
Cumplimiento global de la normoglucemia
Incidencia de infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas
Mortalidad por infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas.

DURACIÓN
Inicio Junio 2018
Reunión con los miembros de las distintas Unidades implicadas, explicación del proyecto y del protocolo.
Puesta en marcha del protocolo. septiembre 2018
Evaluación de la implantación. diciembre 18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0858

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA IZQUIERDO VILLARROYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO GARCIA BORJA
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
VALLES TORRES JORGE
GALLEGO LIGORIT LUCIA
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
BLASCO PEIRO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este primer año, hemos realizado cinco reuniones de gestores de los diferentes subprocesos que lo constituyen (valoración de indicación quirúrgica; preoperatorio; intraoperatorio; postoperatorio inmediato en UCI/REA; postorperatorio en planta y alta; seguimiento al año). Cada gestor ha presentado al grupo lo que se va trabajando en sus respectivos subprocesos con el fin de trabajar con una visión conjunta y sin perder la perspectiva de proceso como "un todo". Además, se han tratado temas transversales, entre los diferentes subprocesos, analizados los nudos encontrados y e intentado buscar soluciones.
Se ha trabajado individualmente con cada gestor, de los respectivos subprocesos, asistiendo a las reuniones convocadas por los mismos, recogiendo las actas presentadas e intentando buscar solución a los problemas que se han ido encontrando, fundamentalmente de tipo logístico; así mismo hemos sido los interlocutores con otros Servicios y/o Dirección.
El 25 de febrero se presentará la Memoria del 2018, del proceso, ante la Directora de estrategia y Planificación y el Subdirector de Tecnología Sanitaria de CGIPC con el fin de desarrollar la estrategia del proceso dentro de HCE en el 2019.
En cada subproceso se han ido desarrollando los protocolos e instrucciones técnicas que se han visto necesarios, aunque muchos se encuentran en fase de desarrollo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como estamos en fase de seguimiento y desarrollo de los diferentes subprocesos, todavía no se han elaborado los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es positiva respecto al trabajo multidisciplinar realizado y la transversalidad con la que se realizan los protocolos. Esto resulta en una gestión más eficiente y efectiva.
La mayor dificultad para el desarrollo óptimo del proceso, que observamos todo el equipo, es la falta de un programa de gestión del bloque quirúrgico que permitiría control del gasto, tiempos, incidentes y sobre todo la incorporación de la historia anestésica intraoperatoria a la HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/858 ========== ***

Nº de registro: 0858

Título
PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, RUBIO GARCIA BORJA, PUERTOLAS ORTEGA MARIA, VALLES TORRES JORGE, GALLEGO LIGORIT LUCIA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, BLASCO PEIRO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0858

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Otro tipo Objetivos: Seguridad y Calidad

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

PROBLEMA
Crear un proceso de gestion del paciente que va a ser sometido a cirugia cardiaca dentro del Area del Corazon es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatologicos que van a ser sometidos a una cirugia mayor, que implica gran consumo de recursos y una gran complejidad.
Ante la cada vez mayor presion asistencial y envejecimiento paulatino de la poblacion, es imprescindible que sentemos unas bases de colaboracion multidisciplinar para dar a estos enfermos la mejor atencion posible, asi como establecer unos indicadores de control para optimizar la calidad, la seguridad del paciente y el consumo de recursos del sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
La poblacion diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugia Cardiaca de la que seamos centro de referencia.
Crear un Comite multidisciplinar de evaluacion de aquellos pacientes candidatos para ofrecerles el mejor tratamiento posible segun la evidencia cientifica actual.
Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el proceso para mejorar la calidad del procedimiento.
Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del proceso para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.

MÉTODO
Se va a instaurar a traves de HCE unos formularios para poder enviar a los enfermos al Comite para su evaluacion.
Tras su establecimiento habra que informar a todos los Servicios y Hospitales que remiten pacientes al Comite.
Se ha dividido el proceso en 5 subprocesos para su mejor gestion, con distintos servicios participantes en cada uno de ellos y todos los estamentos del hospital implicados.
Cada Gestor del subproceso establece las reuniones periodicas, habitualmente cada 1-2 meses y el reparto de carga de trabajo y presentacion del trabajo realizado. Se realizan actas de cada reunion.
Es fundamental proceder paulatinamente a la informatizacion del Proceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno tanto a los implicados dentro de él como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

INDICADORES
Se esta trabajando en los distintos subprocesos en los nudos encontrados, estableciendo los indicadores adecuados para controlarlos y mejorarlos.
Nos parece imprescindible la informatizacion progresiva del Proceso para obtener indicadores reales y poder acometer mejora continuas.

DURACIÓN
Se han establecido 6 subprocesos: valoracion de indicacion quirurgica, preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio en planta y evaluacion y seguimento al año.
El proyecto ya ha comenzado a dsarrollarse, con unos 100 profesionales de diferentes estamentos participando en el.
Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realizacion y valoracion de los recursos necesarios para su puesta en marcha.
Segun los recursos destinados se podra establecer un cronograma de implementacion mas preciso hasta su desarrollo total.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0873

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA GALLEGO LIGORIT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COTERA USUA IGNACIO
BARRADO GIL PEDRO
MOLINOS ARRUEBO IRENE
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
RUBIO GARCIA BORJA
ANDRES FERNANDEZ ROSA
RUBIO SANCHO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta la fecha actual se han realizado reuniones periódicas con el objetivo de: diseño de diagrama de flujo y reparto de tareas. En este momento, cada uno de los participantes en el proyecto están realizando las tareas encomendadas y redactando por escrito su apartado. Estamos intentando conseguir un apartado de "intraoperatorio" dentro de la Historia Clínica Electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido la correcta comunicación entre los miembros de los distintos servicios implicados. La resolución de conflictos o nudos que pudieran aparecer. Se están revisando los documentos enviados por cada uno de los participantes y que compondrá el material del subproceso. Se han diseñado indicadores de calidad. A pesar de que se está avanzando en el tema de la Historia Clínica Electrónica en el preoperatorio, de momento, no hemos empezado con el intraoperatorio, debido a factores ajenos a nosotros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de trabajo es muy positiva. El desarrollo de este proyecto ha incrementado la comunicación y la resolución de problemas, aún cuando no se ha puesto en marcha. Queda pendiente, como he mencionado, el tema de la implementación intraoperatoria de la HCE. La puesta en marcha del subproceso y la sostenibilidad del mismo depende, en gran medida, de la dotación de recursos humanos y materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/873 ========== ***

Nº de registro: 0873

Título
SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GALLEGO LIGORIT LUCIA, COTERA USUA IGNACIO, BARRADO GIL PEDRO, MOLINOS ARRUEBO IRENE, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, RUBIO GARCIA BORJA, ANDRES FERNANDEZ ROSA, RUBIO SANCHO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El subproceso intraoperatorio de gestión del paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca, dentro del Proceso de Cirugía Cardíaca, a su vez, como parte del Área del Corazón, es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatologicos, que van a ser sometidos a una cirugía mayor, que implica gran consumo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0873

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

recursos y una gran complejidad.
En el intraoperatorio de estos procedimientos es imprescindible que todo siga un orden estricto, con la colaboración multidisciplinar, para proporcionar una mayor calidad asistencial a nuestros pacientes.
Sabemos lo que hacemos, pero no queda reflejado en ningún documento y, sin esa información, no podemos analizar resultados para mejorar nuestra actividad diaria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es el manejo adecuado y reglado del paciente, con el consiguiente incremento de la calidad y seguridad como resultado. Se espera que la incidencia de complicaciones que se dan tras este tipo de procedimientos quirúrgicos disminuya. De la misma manera, se pretende un adecuado control de consumo de recursos.
La población diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugía Cardíaca, en nuestra comunidad.

MÉTODO
Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el subproceso, para mejorar la calidad del procedimiento.
Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del subproceso, para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.
Se establecerán reuniones periódicas, habitualmente cada 1-2 meses. Se procederá al reparto de la carga de trabajo entre los componentes del subproceso y a la presentación de resultados, en dichas reuniones. Todo ello, quedará reflejado en actas de reunión.
Es fundamental proceder paulatinamente a la informatización del subproceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno, tanto a los implicados dentro de él, como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

INDICADORES
Se han definido una serie de indicadores provisionales, a la espera de la evolución del trabajo desarrollado.
Estos indicadores van desde, la cumplimentación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ), en la acogida de quirófanos, hasta el consumo de hemoderivados, duración de intervención, complicaciones intraoperatorias, tiempos de traslados de pacientes, tiempo en disponer de la cama de cuidados críticos, etc.
Algunos de ellos expresados en tasas, porcentajes y minutos.
La fuente de información de los mismos será: historia clínica electrónica (HCE, cuando se disponga de ella), LVSQ, gráfica de anestesia, protocolo quirúrgico, intranet, hoja de quirófano, etc…

DURACIÓN
El proyecto ya ha comenzado a desarrollarse, con unos 25 profesionales de diferentes estamentos participando en él.
Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realización y valoración de los recursos necesarios para su puesta en marcha.
Según los recursos destinados, se podrá establecer un cronograma de implementación más preciso, hasta su desarrollo total.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO IGNACIO PEREZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALO PELLICER INMACULADA
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- BORRADOR FORMATIVO EN SIMULACION DE EVENTOS CRITICOS EN ANESTESIA. 2 JORNADAS REALIZADAS.
- BORRADOR DE RECUPERACION DE JORNADA DE VAD PARA RESIDENTES EN ANESTESIA.
- JORNADA INTRODUCCION A LA VIA AEREA PARA RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN ANESTESIA, UCI Y TRAUMA.
- TALLER DE CRICOTIROTOMIA PARA RESIDENTES EN ANESTESIA MADRID,JUNIO DE 2018: PUNTO DE ENCUENTRO PROVEEDOR MSD-MERCK.
- PROTOCOLO DE MANEJO DE VAD UNICO Y DIVIDIDO POR SECCIONES, OBSTETRICIA-PEDIATRIA-ADULTO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- TODO LO EXPUESTO SE HA LLEVADO A CABO POR TODOS O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, CON EL EMPLEO DE RECURSOS PREVISTO MATERIALES Y HUMANOS. PROLONGANDO EN OCASIONES EL HORARIO LABORAL.
- PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DE LOS RESIDENTES PROPUESTOS DEL 100%
- LA CONSECUCION DE UNIFICACION DEL PROTOCOLO DE VAD TRAS EXAHUSTIVA REVISION BBG HA SIDO SATISFACTORIA A LA ESPERA DE SU PRESENTACION OFICIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- TODO COMIENZO ES COSTOSO EN TIEMPO
- ACTITUD APERTURISTA EVITANDO EL DOGMA PARA LA MAYOR ACEPTACION DE PROFESIONALES.
- PROPUESTAS FORMATIVAS ACTUALES INCLUYENDO LA SIMULACION COMO CENTRO DE LA MISMA, ALGO NOVEDOSO EN ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/900 ========== ***

Nº de registro: 0900

Título
REDACCION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

Autores:
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, GONZALO PELLICER INMACULADA, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, INFANTES MORALES MARTA EUGENIA, VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN, SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El Servicio de Anestesia se encarga de la formación en el manejo de la vía aérea de nuestros médicos residentes (MIR), así como a MIR de otras Especialidades, Médicos de Urgencia, Médicos de Familia, etc. a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

través de los Programa FOCUSS. Asimismo, colabora y coordina cursos formativos en vía aérea difícil en otros centros como es el IACS y el CIBA
Este proyecto pretende estandarizar las múltiples acciones que se llevan a cabo en la enseñanza y puesta al día en el manejo de la vía aérea, mediante la implantación de un PLAN específico de formación en Vía Aérea (VA) para todos los integrantes del servicio y elaborando un protocolo de manejo de la Vía Aérea Difícil (VAD) desarrollado por el propio Servicio de Anestesia
La frecuencia de VAD en los pacientes quirúrgicos es muy variable y la dificultad en el manejo de la misma sigue siendo el principal factor individual implicado en morbilidad o muerte ocasionado por la anestesia. El conocimiento de los protocolos de VAD y la realización de uno específico de nuestro hospital es un excelente indicador de la cultura de seguridad asistencial
Vemos fundamental la incorporación de la simulación clínica a la enseñanza del manejo de la VA. La oportunidad de poder enfrentarse a una situación lo más real posible y que la consecuencia del fallo sea volver a empezar, contribuye a que cuando la situación sea verdadera, las posibilidades de error sean mínimas
La existencia de un Plan de Formación en VAD para todos los componentes del Servicio de Anestesia ha de tener un desarrollo ininterrumpido, creciendo y adaptándose a las evidencias científicas y necesidades asistenciales
La elaboración de un protocolo de manejo de Vía Aérea Aérea Difícil propio y adaptado a nuestro hospital ha de ser una de las líneas fundamentales de desarrollo del Servicio. A este proyecto sumaremos el trabajo realizado por las distintas Secciones del Servicio en temas de VA, como han sido la creación de la Tarjeta de VAD para pacientes, la asistencia a cursos de formación e incorporación de nuevos dispositivos y la realización de extubación segura para pacientes complejos en la Unidad de Reanimación (REA)

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear y desarrollar un plan de formación en vía aérea del Servicio de Anestesia.
2. Diseñar el programa de formación anual para FEA y MIR
3. Continuar y aumentar la colaboración los programas formativos ya iniciados en VAD
4. Elaborar un protocolo de VAD del Servicio de Anestesia.
5. Incluir a la secciones de Anestesia Obstétrica y Pediátrica en dicho protocolo.
6. Redactar un protocolo de extubación segura para los pacientes ingresados en la REA
7. Garantizar la disponibilidad de un “set para cricotirotomía” de urgencia en cada uno de los respiradores artificiales

MÉTODO
1. Revisión de la bibliografía existente
2. Creación de un plan de formación en VAD para todos los adjuntos y MIR del servicio
3. Realización periódica de cursos de VAD de forma que todos los integrantes del Servicio que lo deseen puedan realizarlo al menos una vez al año
4. Crear e inventariar un stock de material de VA para la realización de los cursos de VA
5. Consensuar con las secciones Anestesia Pediátrica y Obstétrica su realización y puesta en marcha
6. Revisión anual del protocolo
7. Preparar, mantener y revisar periódicamente un set para cricotirotomía de urgencia en cada uno de los respiradores

INDICADORES
1. Diseño del programa de formación. Indicador: realización del mismo
2. Creación del “stock” de material para VA. Indicador: realización del mismo
3. Número de cursos realizados. Indicador: realización de 4 ediciones
4. Número de integrantes del servicio que han asistido a alguno de los cursos. Indicador: 75% los MIR y 25% de los adjuntos del servicio.
5. Protocolo de VAD. Indicador: realización del mismo
6. Protocolo del Manejo Seguro de la VA durante la extubación en los pacientes ingresados en la REA. Indicador: realización del mismo
7. Disponibilidad del set para cricotirotomía. Indicador: realización del mismo
8. Encuesta a los miembros del Servicio sobre conocimiento de los nuevos protocolos, su utilidad. Indicador: realización de la misma.
9. Comunicación a personal de enfermería de la elaboración del protocolo de manejo de VAD

DURACIÓN
1. Elaboración del plan de formación en VAD para los integrantes del Servicio de Anestesia
2. Realización de Cursos de Formación en VAD
3. Recogida de resultados y evaluación final
4. Elaboración del protocolo VAD
5. Preparación y colocación del “set para cricotirotomía” en cada respirador
6. Incluir protocolo de extubación segura para la REA
7. Mensualmente tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar documentos de trabajo y dar alternativas a problemas

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SOLEDAD MARTIN ESCUIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAUDIO SOLANO TERESA
IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE
RAMOS MORENO MARGARITA
SANCHEZ HERRAIZ SUSANA
LACASA MARZO ROSA
FLORIA ZUBALEZ YASMINA
FERRER SALIENTE SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se comenzó en el mes de septiembre del año 2018 en el servicio de reanimación
En primer lugar se creó el grupo de trabajo, el cual priorizo la información más relevante a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes.
Accedimos a ARASAAC y de CEAPAT-INSERSO, para conseguir información sobre recursos gráficos para facilitar la comunicación con personas que presentan algún tipo de dificultad en la comunicación.
El equipo consensuó las áreas que se deberían recoger en el cuaderno. Estas serian:
- Código si/no.
- Ubicación - lugar, día y hora.
- Sintomatología que le hace encontrarse mal.
- Qué técnicas se le van a hacer durante su estancia.
- Vocabularios con fondo blanco y negro

Se repartieron las áreas entre los miembros del equipo.
Tras elegir letras, tamaños, colores y los pictogramas de cada tema se elaboro finalmente el cuaderno de pictogramas y abecedarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el cuaderno de pictogramas completamente pero es un proyecto pendiente de finalizar.
Estamos a la espera de la compra de una pizarra para poder completar el proyecto y de la edición de un cuaderno con tapas duras y solapas laterales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Consideramos que ha habido limitaciones temporales, al contar con un tiempo escaso para poder finalizar el proyecto, además de tener que realizar todo el proyecto fuera de la jornada laboral.
- Nos hemos encontrado limitaciones económicas, y si he querido que el proyecto salga adelante he tenido que poner dinero de mi bolsillo.
- Aunque todo el grupo es conocedor del cuaderno y lo han utilizado, al no completarse el proyecto no lo hemos presentado a todo el servicio.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos trabajando el proyecto durante el año 2019 para poder finalizarlo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1364 ========== ***

Nº de registro: 1364

Título
USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTIN ESCUIN SOLEDAD, CLAUDIO SOLANO TERESA, IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE, RAMOS MORENO MARGARITA, SANCHEZ HERRAIZ SUSANA, LACASA MARZO ROSA, FLORIA ZUBALEZ YASMINA, FERRER SALIENTE SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
En el servicio de Reanimación del HUMS atendemos un alto número de pacientes con cierta dificultad para la comunicación, lo que conlleva problemas de compresión y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada. Facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas que tienen disminuida o alterada esta función por problemas físicos o por barreras del idioma es imprescindible en nuestra unidad para que el paciente pueda dar a conocer a los profesionales cómo se siente y qué necesita y la del profesional que necesita conocer aspectos de índole física y emocional para poder cuidarle lo mejor posible. Se pretende de este modo que durante el desarrollo del proceso que dificulta la comunicación verbal, se mantenga en la medida de lo posible la autonomía personal y la autoestima a través de cuidados basados en una comunicación, que permita además de plantear las necesidades físicas, abordar las emociones y sentimientos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la comunicación en el paciente que presenta limitaciones en el servicio de reanimación del HUMS.
- Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
- Mejorar la atención prestada y disminuir su ansiedad y miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la atención prestada.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de la información a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración del cuaderno de pictogramas especifico para la REA.
- Difundir y presentar el cuaderno de pictogramas a todos los miembros el equipo

INDICADORES
- Se ha elaborado el cuaderno de pictogramas para la REA: SI -NO

- Presentación del Cuaderno de pictogramas a todo el equipo de la REA: SI -NO

- Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia en la REA sobre la utilidad del cuaderno: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas

DURACIÓN
- Definir la información a recoger en el documento.
Revisión de la información existente:Junio 2018 - Septiembre 2018
- Creación de los pictogramas : Septiembre 2018 - Octubre 2018
- Presentación cuaderno pictogramas: Noviembre - Diciembre 2018
- Evaluación utilidad: Diciembre 2018: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1250

1. TÍTULO

MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
HERRANDO MEDRANO MONICA
VAZQUEZ BERGES IRENE
LARA GUERRERO ISABEL
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION
SOGUERO VALENCIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se establecieron los componentes del grupo, se han mantenido los mismos componentes a excepción de Gabriel Inaraja Pérez que ha causado baja y ha sido sustituido por Irene Soguero Valencia.
Se han seleccionado los consentimientos que bien por frecuencia o bien por importancia del procedimiento urgían revisar.
Hasta la fecha se han revisado, actualizado y adaptado a las normas de nuestro centro un total de 7 consentimientos, 4 de ellos se han presentado y consesuado con el resto del servicio y se han presentado a la UCA y están pendiente de su aprobación, el siguiente paso será su publicación en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018 (hecho)
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018 (hecho)
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018 (en proceso, 7 de 10))
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019 (en proceso, 7 de 10)
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019 (en proceso, 4 de 10)
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019 (en proceso, 4 de 10)
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019 (en proceso)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actualización de los consentimientos es una actividad que se debe realizar con minuciosidad y rigor, por las implicaciones médico legales que esto conlleva, el equipo está comprometido con dicha tarea. Somos conscientes de que esta labor tiene que realizarse con cada uno de los procedimientos quirúrgicos que realizamos en nuestra actividad diaria asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1250 ========== ***

Nº de registro: 1250

Título
MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QURURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Autores:
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, HERRANDO MEDRANO MONICA, VAZQUEZ BERGES IRENE, INARAJA PEREZ GABRIEL, LARA GUERRERO ISABEL, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1250

1. TÍTULO

MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

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

PROBLEMA
Una de las líneas estratégicas del Plan estratégico del Sector II (Plan 2014-2016) es “Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios” (Línea estratégica 6), en el apartado 3. Mejorar la información al usuario, se señala en el punto 3.2. “Proporcionar información comprensible al paciente referente a su proceso asistencial”.
Los derechos de información, libertad, intimidad y dignidad conforman hoy en día el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y son la base de la autonomía del paciente. En lo que respecta a la información, todo paciente tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud incluyendo los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas de tratamiento, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Tras haber recibido la información que el responsable sanitario le ha proporcionado, el paciente tiene libertad de elección. Todos estos aspectos tienen su materialización en el consentimiento informado. (Orden boa)
En el Servicio de A. y Cirugía vascular del Hospital Miguel Servet disponemos de consentimientos informados (CI) colgados en la intranet para algunos procedimientos quirúrgicos, pero no de todos. El resto de los CI que utilizamos son de la sociedad española de Angiología y Cirugía Vascular y es necesario adaptarlos a nuestro servicio y hospital para tenerlos disponibles en la intranet

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es aumentar, de forma progresiva, el número de consentimientos informados y tenerlos disponibles en la intranet del hospital, hasta completar la totalidad de los procedimientos quirúrgicos de las cirugías regladas.

MÉTODO
Determinar grupo de trabajo responsable
Seleccionar consentimientos para actualizar
Revisar consentimientos de la sociedad de ACV, actualizarlos y adaptarlos al hospital
Presentar al servicio para consensuar
Correcciones. Elaboración definitiva.
Presentar a la UCA para su aprobación
Implantar consentimientos (Intranet)

INDICADORES
Nº Consentimientos actualizados y colgados en la intranet. Objetivo 2018: 25 (Actual 15)

DURACIÓN
Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización y cumplimiento del objetivo de 2018: junio 2019. El proyecto continuará en los años siguientes hasta completar la actualización de la totalidad de los consentimientos.
Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019

OBSERVACIONES
El Proyecto continuará en los próximos años

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1281

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA HERRANDO MEDRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
VAZQUEZ BERGES IRENE
SOGUERO VALENCIA IRENE
RICO ROMERO VIRTUDES
RECIO CABRERO ADORACION
INARAJA PEREZ GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado el grupo de trabajo responsable. Se ha seleccionado y confeccionado para su codificación, el listado de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular. Hemos tenido reuniones con los responsables de Documentación del hospital y se ha asignado la codificación CIE 10 al listado de los diagnósticos y al listado de los procedimientos quirúrgicos. Se ha confeccionado una plantilla con ampliación de la base de datos para los informes de alta y el protocolo de procedimientos quirúrgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación de listado de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular. Su codificación CIE 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de reunión final con responsables de Documentación para la revisión y correcciones definitivas de la codificación y base de datos de informes de alta y protocolos quirúrgicos. Pendiente de reunirnos con los responsables de informática para que procedan a la informatización en el HP doctor de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos con la nueva codificación.

7. OBSERVACIONES.
Cambio de responsable del Proyecto: La Dra. Mónica Herrando Medrano se queda como responsable del proyecto, sustituye al Dr. Inaraja que por la OPE se ha trasladado al HCU Lozano Blesa. Al finalizar el Proyecto debería de expedirse el certificado correspondiente también al Dr Inaraja, ya que ha contribuido mucho y sigue colaborando en el proyecto. (Firmado: Dr. Carranza Martínez José Mario, Jefe de Servicio)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1281 ========== ***

Nº de registro: 1281

Título
MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Autores:
INARAJA PEREZ GABRIEL, LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, HERRANDO MEDRANO MONICA, VAZQUEZ BERGES IRENE, SOGUERO VALENCIA IRENE, RICO ROMERO VIRTUDES, RECIO CABRERO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Desde el 1 de Enero de 2016 la clasificación CIE-10-ES es la clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de morbilidad en España sustituyendo a CIE-9-MC. La CIE-10-ES integra dos sistemas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1281

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

clasificación, uno de enfermedades para la codificación de diagnósticos y otro de procedimientos. El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD).
Actualmente en nuestro servicio, así como en otros servicios del hospital, existe variabilidad en cuanto a la codificación de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes quirúrgicos, esto es debido a que no están correctamente codificados en el sistema informático (HP doctor) del hospital

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es aplicar la codificación CIE 10 de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes de intervenciones quirúrgicas. Esto nos permitirá avanzar en la exhaustividad de los informes de alta y quirúrgicos para mejorar la precisión de la codificación y la robustez de los indicadores de resultados, obteniendo una fuente de información correcta y precisa.

MÉTODO
Determinar el Grupo de trabajo responsable
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular
Reunión con responsables de Documentación del hospital
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos
Completar con base de datos pertinente en informe de alta e informe quirúrgico
Reunión con responsables de informática
Informatización de los diagnósticos y procedimientos codificados y base de datos en informe de alta y en informe de procedimientos quirúrgicos (HP doctor)

INDICADORES
Codificación CIE 10 de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta e informes de cirugía en HP doctor hospitalario: Si (Actualmente no codificación)

DURACIÓN
Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización junio 2019.
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos junio 2018
Reunión con responsables de Documentación Junio/Septiembre/Octubre/ 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos Junio 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos: sept/Oct 2018
Completar informes con base de datos pertinente sept/Oct 2018
Reunión con responsables de informática Octubre/Nov 2018
Informatización de los informes ya codificados (HP doctor) Enero-Abril 2019
Utilización HP doctor informes ya codificados: 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 - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORRIZ PINTADO SILVIA
ESCOBAR CONESA ROCIO
FRAU SOCIAS CRISTINA
LAHOZ ALONSO RAQUEL
MUÑOZ RIVERO MARTA
CAVERO BARON MARIA ALICIA
ABADIA SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de los indicadores de riesgo : abril 2018
Elaboración indicador riesgo en SIL : mayo 2018
Elaboración medidas higienico dieteticas : mayo 2018
Primera reunión : mayo 2018
Segunda reunion : febrero 2018
Sesión clinica
Comunicaciones a jornadas de calidad, congreso nacional e internacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo: 207307 (100%)
Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado : 97372 (46,9%)
Número de pacientes con riesgo litogénico detectado : 2160 (1,04%)
Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higiénico dietéticas: 1680 (78%)
Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higiénico dietéticas: se estan elaborando datos
Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico: se estan elaborando datos
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico: se estan elaborando datos
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico: se estan elaborando datos
Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia: 2 reuniones en 8 meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo es positiva. Se ha acordado el incluir en el informe del analisis de bioquímica las recomendaciones higienico dieteticas para conseguir elevar el número de pacientes a los que se les implementen las medidas. Ha quedado pendiente el poder acceder a la base de OMI para poder recoger con fiabilidad los datos desde los centros de salud. La recogida de los datos al no disponer de acceso a OMI es muy laboriosa.
La aceptación y valoración positiva de este proyecto a congresos nos hace pensar en su proyección y replicación en otros centros, ya que la tecnología aplicada es de facil disposición y economicamente accesible.

7. OBSERVACIONES.
El periodo de estudio no ha alcanzado un año, por lo que su valoración y resultados son parciales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/255 ========== ***

Nº de registro: 0255

Título
IMPLANTACION DE LA DETECCION DE “RIESGO LITOGENICO” PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, GORRIZ PINTADO SILVIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, FRAU SOCIAS CRISTINA, LAHOZ ALONSO RAQUEL, MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA, COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, ABADIA SANZ ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La litiasis renal es una de las afecciones más comunes de la sociedad moderna, constituyendo un importante problema de salud que además asocia una gran carga económica. La naturaleza de la litiasis varía según la edad y el sexo, viéndose también influenciada por factores dietéticos, climáticos y de estilo de vida entre otros. A pesar de los avances que se han producido en el manejo de dicha patología, ésta continúa siendo una enfermedad con alta tasa de recurrencia.
En los últimos años son varios los trabajos que hacen referencia a un aumento en su prevalencia sobre todo en países desarrollados.
La litiasis urinaria es además una enfermedad con alta tasa de recurrencia. Se estima que tras un primer episodio, entre el 30% y el 50% recurrirá en los próximos 5-10 años. En un trabajo publicado en 2016 sobre la epidemiología de la litiasis renal en España realizado mediante encuesta telefónica a nivel nacional (Estudio PreLiRenE) se observó un 52,8% de recurrencia, encontrándose nuestra Comunidad Autónoma de Aragón en una horquilla de prevalencia establecida entre el 14 – 16%.

Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación en el informe del sedimento urinario del resultado de RIESGO litogénico detectado en el mismo, por la valoración clínica de diversos parámetros de la cristaluría procedentes del estudio de la naturaleza química de los cristales, fascies cristalinas, talla de los cristales, tasa de agregación y maclación, y el volumen cristalino global.
El objetivo de calidad de este proyecto es la detección y comunicación al médico especialista de Atención Primaria y A. Especializada de riesgo litogénico en su paciente tanto en edad pediátrica como adulto, por el estudio del sedimento urinario, así como la implantación y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de medidas higiénico dietéticas para la prevención de la enfermedad litogénica renal.

RESULTADOS ESPERADOS
Envío del informe de riesgo litogénico al médico solicitante.
Seguimiento de la cristaluria en los pacientes detectados con riesgo litogénico.
Valoración de la adherencia a las medidas higiénico dietéticas.
Proporcionar colaboración y coordinación a los profesionales de atención primaria en la adecuación de las medidas higiénico dietéticas según la naturaleza cristalina.
Prevención de la litiasis renal y sus comorbilidades asociadas en los pacientes desde Atención Primaria
Mejora de la calidad asistencial de los pacientes aragoneses potenciando la labor de la Atención Primaria clave en la mejora de la salud de los ciudadanos.

MÉTODO
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes estudiados, del resultado del sedimento urinario con la detección de “riesgo litogénico”.
El FEA de la Sección implicada del laboratorio (Nefrolitiasis) prestará su colaboración en la valoración del mismo y en la personalización de las medidas higiénico dietéticas a tomar.
Reuniones de información y formación entre los responsables y los profesionales de atención primaria de los centros de salud de referencia que se soliciten.
Indicador de ALERTA (Riesgo) en OMI Atención Primaria en segunda fase.

INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo. 100% de pacientes de rutina con sedimento urinario (A. Especializada y A. Primaria).
Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado x1000
Número de pacientes con riesgo litogénico detectado x1000
Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higiénico dietéticas. >75% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higiénico dietéticas. >70% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico. >70% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico.<20% primer año- < 15% segundo año
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico. >75% primer año- >85% segundo año.
Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia. Min : 3 reuniones/año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima en 12 meses, para su verificación, prolongable otros 12 meses en una segunda fase para su mejora y extensión a otros sectores sanitarios.
Elaboración indicador de RIESGO en el SIL: mayo 2018
Elaboración de recomendaciones y medidas higiénico dietéticas específicas: mayo 2018.
Primera reunión: Junio 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 - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR LARREA ORTIZ-QUINTANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANCALERO FLORES JOSE LUIS
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS
FRAU SOCIAS CRISTINA
LATORRE MARCELLAN PEDRO
VALLEJO GIL JOSE MARIA
DIEZ MANGLANO JESUS
LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se recogen los resultados de albúmina sérica, colesterol total, linfocitos totales y el índice de alerta nutricional CONUT de 728 pacientes con analítica de ingreso y distribuidos por los servicios de Medicina Interna/Paciente Crónico Complejo, Cirugía Cardiaca y Traumatología/U.F.Cadera/Tumores, desde su implantación hasta febrero del 2019.
Los pacientes se agrupan según estado nutricional y el servicio peticionario. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar y las cualitativas en porcentajes.
La alerta nutricional generada ya se incluye en el SIL con lo que con posterioridad el médico peticionario podría realizar una valoración nutricional más exhaustiva para seleccionar a los pacientes que puedan beneficiarse del soporte nutricional adecuado a su situación.
Se realizan reuniones con:
1. los responsables de los servicios involucrados en el proyecto para valorar la evolución del mismo: 2 reuniones
2. y con miembros de la Comisión de Nutrición: 1 reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La media de edad de los pacientes es de 77 ± 14,31 años, siendo 48% hombres.
Medicina interna/ Paciente crónico complejo: El 43% presentan una alerta nutricional baja, el 49% moderada y el 8% una alerta nutricional alta. Edad media 76.81 ± 14.31
Traumatología/UF cadera: El 26% presentan una alerta nutricional baja, el 55% moderada y el 19% una alerta nutricional alta. Edad media 80.784± 15.28
Cirugía cardiaca: El 77% presentan una alerta nutricional baja, el 13% moderada y el 0% una alerta nutricional alta. Edad media: 73.72 ± 11.28
El servicio que más ingresos presenta es medicina interna, siendo éste junto con traumatología/U.F. cadera, en el que los pacientes presentan peor estado nutricional, debido a la avanzada edad y su morbilidad asociada, así como sus ingresos por vía urgencias. Por el contrario, los pacientes sometidos a cirugía cardiaca tienen una edad media inferior y mayoritariamente ingresan de forma programada para tratamiento.
INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica el score: 728
Número de pacientes con Alerta nutricional Baja: 45%
Número de pacientes con Alerta nutricional Moderada: 47%
Número de pacientes con Alerta nutricional Alta: 8%
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición: 3 reuniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un sistema de filtro automatizado, sencillo, rápido y económico para el cribado nutricional de los pacientes ingresados en el hospital.
Supone un valor añadido a la información que aporta el Laboratorio Clínico.
Permite detectar pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, e iniciar oportunamente el soporte nutricional adecuado.
En las reuniones se acuerda:
1. Modificar el concepto de estado nutricional por el de “ alerta nutricional”
2. Establecer sólo indicadores de alerta nutricional baja moderada y alta, con lo que se modifican los indicadores planteados inicialmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

7. OBSERVACIONES.
La reciente renovación tecnológica de la sección de Bioquímica General iniciada el segundo semestre del 2018 ha llevado a una evaluación parcial de los resultados.
Se valora de especial interés por parte de los FEA Clínicos participantes el que dicha alerta nutricional se refleje en el informe de laboratorio, situación que conllevaría a un nuevo proyecto asistencial a considerar por las direcciones Asistenciales y la jefatura de Servicio.
La aceptación y valoración positiva de este proyecto nos hace pensar en su proyección y replicación en otros centros, ya que la tecnología aplicada está disponible en un alto porcentaje de los centros hospitalarios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/258 ========== ***

Nº de registro: 0258

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LARREA ORTIZ QUINTANA MARIA DEL MAR, BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS, FRAU SOCIAS CRISTINA, LATORRE MARCELLAN PEDRO, VALLEJO GIL JOSE MARIA, DIEZ MANGLANO JESUS, LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Desnutrición en paciente complejo medicoquirurgico.
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.
Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.
El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal

RESULTADOS ESPERADOS
Envío de informe al médico solicitante.
Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.
Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición Prevención de comorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

MÉTODO
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.
El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.
Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital Miguel Servet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica el score.
Número de pacientes con estado nutricional normal.
Número de pacientes con estado de desnutrición leve.
Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.
Número de pacientes con estado de desnutrición severo.
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses.
Elaboración indicador de DESNUTRICIÓN en el SIL para el informe: mayo 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 - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
GRACIA MATILLA ROSA
RELLO VARAS LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Durante 2018 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión P, 26/12/2018), Inmunoquímica (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión I, 26/12/2018), Determinación de Aminoácidos y Acilcarnitinas por Espectrometría de Masas (PTA-07_Z2(E)M_L-BQ, revisión G 21/01/2019), Inmunoquímica mediante el Architect i2000 (PTA-09_Z2(E)M_L-BQ, revisión E 09/02/2019), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 09/02/2019) e Inmunoquímica mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión B, 14/05/2018). Por reorganización en la sección de Hormonas se ha elaborado un nuevo procedimiento de Inmunoquímica mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ, revisión A 26/12/2018) con incorporación de pruebas acreditadas y de ampliación, así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo.

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Se ha realizado la validación de las pruebas incluidas en la ampliación del alcance, Eritropoyetina y Hormona del Crecimiento, incluidas en el Procedimiento de Inmunoquímica mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ). Los resultados se evalúan con las especificaciones de calidad que recomiendan las sociedades científicas de laboratorio clínico y son satisfactorios.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).

La reunión para la revisión del sistema de calidad se realizó el 29 de Mayo de 2018 y en ella se detallaron los aspectos requeridos en la revisión durante 2017 y los objetivos y necesidades para 2018.

7. Auditoría interna

La auditoría interna prevista para 2018 no pudo realizarse en la fecha prevista, último trimestre del año y tuvo lugar el 20 de febrero de 2019.

7. Auditoría externa de ENAC

Durante el año 2018 no correspondía la realización de auditoría externa, prevista para Mayo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han adaptado los procedimientos a los cambios derivados de la incorporación de nuevos equipos y metodologías en las secciones de Bioquímica general y Hormonas.
Evaluación de indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras
Estándar: >85%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99.3%
Los resultados en global son satisfactorios.

2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido
Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 26ºC
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0%
Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Pendiente de evaluación.

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas
Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas
Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 3.17%
Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) a excepción de las muestras procedentes de Urgencias (18,09%), y de Hospital Infantil (11,41%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones
Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado
Estándar: >5 %
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb A1c, Proteínas, Proteinograma, Maarcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,2 y 2,8. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: < 1%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0.48%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón
Estándar: = 3-5 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Los resultados son satisfactorios.

8. Indicador: Edad a la extracción
Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento
Estándar: Entre 2 y 3 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Correctos para todos los centros.

INDICADORES FASE ANALÍTICA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)
Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios
Estándar: >90%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 97.4% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos
Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico
Estándar: < 5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 2.85%. Satisfactorio

INDICADORES FASE POST-ANALÍTICA:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).
Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado
Estándar: >95%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99,2% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma
Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.
Estándar: < 5% notificaciones más de 48h
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94.7% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 3.3%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 14.5%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal
Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido
Estándar: Igual/ Inferior a 12 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Satisfactorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1076 ========== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.
Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
6.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
Fase Pre-analítica:
1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 25ºC. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%
4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días
Fase Analítica:
9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%
Fase Post- analítica:
11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

DURACIÓN
Inicio: Septiembre 2016
Fin: Junio 2017
Auditoría interna: Noviembre 2016
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 – Enero 2017.
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 – Diciembre 2016
Revisión del sistema de calidad: Abril 2017
Auditoría externa: Diciembre 2017
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 – Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GUALLAR SERRANO PILAR
ROMERO SANCHEZ NAIARA
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
MELENDO LAPUENTE EVA
MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han evaluado los indicadores fijados para cada uno de los objetivos de calidad que deben cumplir las diferentes etapas del programa de cribado neonatal definidos por el Sistema Nacional de Salud.
Se detectan ciertas desviaciones de los objetivos marcados, lo que permite el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A continuación se recoge la evaluación de los indicadores propuestos al mismo tiempo que se comparan con los umbrales establecidos por el Sistema Nacional de Salud.
1.- Edad a la extracción primera muestra: entre las 24-72 horas de vida
Resultados propios: 98.4% (óptimo 99%, aceptable 95%)
2.- Calidad de la muestra: muestras no válidas
Resultados propios: 0.38% (óptimo 0.5%, aceptable 2%)
3.- Trazabilidad: muestras recibidas con resultado final
Resultados propios: 100% (óptimo 100%, aceptable 99%)
4.- Transporte: días desde extracción hasta llegada al laboratorio < 4
Resultados propios: 96.7% (óptimo 99%, aceptable 95%)
5.- Tiempo de respuesta: = 3 días
Resultados propios:94.1% (óptimo 99%, aceptable 95%)
6.- Edad del RN al informe primera muestra: < 10 días
Resultados propios: 99.9% (óptimo 99%, aceptable 95%)
7.- Edad del RN al informe segunda muestra: < 20 días
Resultados propios: 80.3% (óptimo 99%, aceptable 95%)
8.- Remisión de casos positivos al pediatra especialista
Resultados propios: 100% (óptimo 100%, aceptable 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de Cribado Neonatal de Aragón cumple prácticamente todos los criterios propuestos por el Ministerio, en muchas ocasiones incluso cumple los niveles óptimos que garantizan la máxima eficacia del programa.

Al analizar con detenimiento el transporte de las muestras, se han detectado dos centros en los que el tiempo entre la extracción y la llegada de la muestra al laboratorio excede los 4 días, se han tomado las medidas necesarias realizando un cambio en el sistema del envío con el que el tiempo de transporte ha mejorado considerablemente.

El objetivo fijado para el tiempo de respuesta = 3 días es excesivamente estricto teniendo en cuenta que los laboratorios de Cribado Neonatal desarrollan su actividad solo de lunes a viernes. De esta manera, es imposible que al menos 1/5 del total de las muestras se analicen en menos de 3 días. Además, ha de tenerse en cuenta que la cartera de Cribado Neonatal se ha ampliado en los últimos tiempos, por lo que el tiempo de análisis aumenta.

Un objetivo de calidad que se incumple es que la edad al informe de segundas muestras sea antes de 20 días. Esto se debe a que hay ocasiones en las que el recién nacido por diversas causas no relacionadas con el cribado neonatal como ingreso, tipo de alimentación, prematuridad,…, se retrasa el momento de la segunda extracción con lo que no es posible realizar el informe final antes de los 20 días de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/482 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Nº de registro: 0482

Título
IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Autores:
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, GUALLAR SERRANO PILAR, ROMERO SANCHEZ NAIARA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, MELENDO LAPUENTE EVA, MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.
Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos.
Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

MÉTODO
Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

INDICADORES
Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:
ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA
Tiempo de toma de muestra.
Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.
Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Calidad de la muestra.
Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.
Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.
Aceptable: =2% de muestras no válidas.
Trazabilidad
Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.
Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.
Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.
Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.
Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.
ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO NEONATAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Tiempo de respuesta del laboratorio.
Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.
Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.
Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.
Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio
Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.
Se consideran las siguientes situaciones:
- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS
Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.
Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.
Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio

DURACIÓN
Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS. Febrero 2017 – Marzo 2017
Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos. - marzo 2017 – junio 2017
Sesiones formativas – Se realizan 2 sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería al bloque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- Realizada
Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico – 2
Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto. - el 98 % de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia realizan correctamente el lavado tras el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Habría que extender el programa a todos los profesionales que atienden directamente el proceso quirúrgico.
Aunque inicialmente el proyecto se definió para formar al personal de enfermería tras el estudio observacional se evidencia errores en la realización del lavado quirúrgico en los médicos, fundamentalmente en los médicos residentes
Es efectivo tener la herramienta accesible en todos los escritorios de los ordenadores del bloque para ser fácilmente consultados

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto fue incluido en el acuerdo de gestión del año 2017.
Habria que continuar con la linea de trabajo

*** ========== Resumen del proyecto 2016/357 ========== ***

Nº de registro: 0357

Título
LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial.
Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos.
Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgica es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

• Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
• Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
• Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higienes de las manos quirúrgicas.
• Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
• Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES
- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Revisón bibliográfica –Diciembre 2016 – Febrero 2017
- Elaboración del programa visual – Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas – En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos –Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URZAINQUI ZABALZA OFELIA
LUIS LOBERA SARA
CABEZON PEREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se definió el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto
2. Se priorizaron las áreas a incluir en el manual de bolsillo, y más específicamente las intervenciones quirúrgicas que se iban a incluir en el mismo y la información que se iba a recoger de cada una.
3. Se busco la mejor evidencia científica disponible y se contó con el juicio y valoración de los profesionales que trabajan diariamente en el área y que son expertos en el tema.
4. Tras llegar a un consenso se elaboró cada uno de los temas que se iba a incluir.
5. Para finalizar el proyecto se ha realizado la impresión del Manuel de bolsillo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El resultado definitivo era la elaboración del manual de bolsillo para las enfermeras de nueva incorporación
2. Tanto los profesionales que lo hemos realizado como los profesionales de nueva incorporación que lo están utilizando están satisfechos con la nueva herramienta que facilita la incorporación a un área tan especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación en nuestro bloque quirúrgico, se han convertido en un aspecto clave a tener en cuenta dentro de nuestra organización de trabajo.
Dentro del plan de acogido hemos incluido la realización de un manual de bolsillo, para el personal de nueva incorporación, que recoge las intervenciones que más frecuentemente realizamos en nuestra área
Contar con este manual de bolsillo, para las enfermeras del bloque quirúrgico, ha contribuido de manera favorable a mejorar el nivel competencial del personal de nueva incorporación, a su integración en el equipo, a aumentar la seguridad y la satisfacción laboral del personal, a disminuir de la carga laboral de formación del resto del equipo y a mejorar la imagen corporativa de nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/543 ========== ***

Nº de registro: 0543

Título
MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
QUILEZ FRAJ ELISA, URZAINQUI ZABALZA OFELIA, LUIS LOBERA SARA, CABEZON PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un manual de bolsillo para las enfermeras del bloque quirúrgico contribuye de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, el aumento de la seguridad, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del manual -en formato de bolsillo- es servir como un instrumento de trabajo para todo el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico.

Como objetivos específicos pretendemos:

* Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al bloque quirúrgico

* Proporcionar al personal la información general más útil para la integración en el servicio

* Proporcionar la información específica sobre el material y las técnicas más habituales en quirófano

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.

- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo

- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.

- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.

- Consenso y elaboración de cada uno de los temas

- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES
* Se ha realizado el manual de bolsillo: SI

* Satisfacción de los profesionales de enfermería con el manual:

El 90% de los profesionales están satisfechos con la información que recoge el manual de bolsillo

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo- Abril 2018

- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo – Mayo 2018

- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018

- Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018

- Consenso y elaboración de cada uno de los temas: Mayo – Septiembre 2018

- Elaboración final del manual de bolsillo- Octubre 2018 – Noviembre 2018

- Evaluar el proyecto- 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 - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADO VILLAVERDE SORAYA
VALLE TAJADA MARTA
CATALAN GARCIA LARA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GIMENO GALLEGO LAURA MARIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
SERRANO PELLICER SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se ha realizado en el año 2018 en los quirófanos de urgencias del bloque quirúrgico B .
En primer lugar se creó el grupo de trabajo, el cual priorizo del instrumental y las cajas de los quirófanos de urgencias del HUMS a categorizar.
El grupo considero categorizar:
1. Instrumental especialidad oftalmología de urgencia: Caja de instrumental de oftalmología general, Caja de instrumental de catarata, Caja de instrumental de enucleación y Caja de instrumental de extracción corneal.
2. Instrumental especialidad de vascular de urgencia: Caja de instrumental de amputación, Caja de instrumental de embolectomía, y Caja de instrumental de fistula.
3. Instrumental especialidad de cirugía general de urgencia: Caja de instrumental de cirugía menor, Caja de instrumental de cirugía General y Caja de instrumental de Laparotomía de vías biliares.
4. Caja especialidad de urología de urgencia: Caja de endoscopia, Caja de RTV, Caja de cateterismo uretral.
5. Caja especialidad de otorrino de urgencia: Caja de traqueostomía.

Tras la priorización se realizaron las fotografías de todo el instrumental incluido en cada una de las cajas y de las cajas con el material en su totalidad.

Tras la realización de las fotos se han montado unas fichas por especialidad quirúrgica, donde se incluye todo el material con su fotografía, la definición del mismo y su utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En total se han categorizado 14 cajas de instrumental quirúrgico de las especialidades más frecuentes del quirófano de urgencias del Bloque B del HUMS.
- Contamos con fichas para cada una de las cajas con todo su material, donde incluimos fotografía del mismo, definición y funciones.
- Estamos pendientes de la impresión y plastificación del catalogo por parte de la reprografía del servicio Aragonés de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que encontramos cierta dificultad para la impresión y plastificación de documentación una vez realizado el trabajo, así como para la solicitud del numero de copias, ya que está limitado el numero que podemos solicitar.
Creemos que es una documentación importante para entregar a todo el personal de nueva incorporación en los quirófanos, ya que les va a permitir poder identificar cada una de las piezas que componen las cajas quirúgicas y conocer el material que se necesita preparar en las intervenciones que se realizan mas frecuentemente en la urgencia.
Pensamos que este proyecto se podría replicar en cualquier área del bloque quirúrgico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1278 ========== ***

Nº de registro: 1278

Título
EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO, COLLADO VILLAVERDE SORAYA, VALLE TAJADA MARTA, CATALAN GARCIA LARA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GIMENO GALLEGO LAURA MARIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, SERRANO PELLICER SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La instrumentación quirúrgica se define como "el arte y la capacidad de participar en el acto quirúrgico, en el manejo del instrumental y accesorios, e impartir técnicas de esterilidad".
Dicha definición nos muestra, a la enfermera instrumentista como un componente vital del equipo quirúrgico, la cual debe tener el conocimiento de la técnica a llevar a cabo y del instrumental quirúrgico que se debe utilizar y proporcionar la máxima eficacia en el manejo del mismo durante la intervención quirúrgica.
Contar con un manual fotográfico del instrumental existente en las diferentes cajas quirúrgicas del bloque quirúrgico del HUMS es una herramienta que va a permitir al personal de nueva incorporación poder identificar cada una de las piezas que componen dichas cajas, la función de las mismas para finalmente poder ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico del HUMS
-Reconocer el instrumental quirúrgico que se tiene a disposición en las diferentes cajas quirúrgicas del HUMS por especialidad
-Conocer la utilidad e importancia de cada instrumento quirúrgico

MÉTODO
-Definición del grupo de trabajo
-Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar
-Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgica
-Montar el catalogo en el que se incluirá:
Especialidad quirúrgica, fotografía del instrumental y de la caja quirúrgica, la definición del mismo y sus funciones

INDICADORES
-Catálogo realizado: SI
-Nº de cajas o sets quirúrgicos categorizados e incluidos en el catálogo – Al menos se categorizaran 10 cajas quirúrgicas

DURACIÓN
•Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar-
Abril- junio 2018
•Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgicaJunio – Octubre 2018
•Montar el catálogo de instrumental – Noviembre 2018
•Evaluación – Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto que podría ser continuista para los próximos años.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDIL REDONDO ALBA
SABIO FORNOZA MARIA LUISA
SERRANO PELLICER SUSANA
MARTINEZ MORERA NATALIA
CATALAN GARCIA LARA
BUÑUEL ASIN ELENA
ARIZA RUIZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el 2018 se creó el grupo de trabajo y se consensuo la información, relacionada con el material utilizado en cada uno de los procedimientos, que iban a ser incluidos en el proyecto.
Posteriormente se realizó una revisión de la información existente sobre las cajas de instrumental que existen en la actualidad y el material suelto que se utiliza y se actualizó aquellos apartados que se consideraron adecuados
Tras esto el grupo consideró incluir en el proyecto los siguientes procedimientos:
En la Especialidad cirugía general de urgencia:
- Apendicectomía
- Laparotomía vías biliares
- Laparotomía Estómago colón
- Laparoscopia
- Abscesos

En la especialidad de cirugía cardiaca de urgencia:
- Caja de extracorpórea
- Caja de marcapasos
- Reintervención

En la especialidad de cirugía torácica de urgencia:
- Pleuroscopia
- Videotoracoscopia menor
- Toracotomía A o B
- Vidiotoracoscopia Scaland

En la especialidad de urología de urgencia:
- Básico de urología
- Implante renal
- Cateterismo
- Cirugía menor urológica
- RTU
- Nefrectomía

En la especialidad de cirugía vascular:

- Amputación grande
- Amputación pequeña
- Embolectomía
- Vascular 1 o 2
- Fístula tipo vascular

En la especialidad de oftalmología:

- Catarata

En la especialidad de ORL:

- Traqueotomía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se han creado códigos QR para 25 procedimientos.
Usando este sistema, todo el personal del quirófano de urgencias del bloque B puede visualizar todo el material que va a necesitar para los diferentes procedimientos quirúrgicos, que se han incluido en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

proyecto, a través de su móvil.
El personal que tiene acceso considera que es una herramienta sencilla y rápida en su manejo, a la vez que les permite consultar la información desde cualquier punto del área quirúrgica sin tener que desplazarse hasta un ordenador para consultar la información que se necesita, siendo vital en un quirófano de urgencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera que el trabajo realizado, ha cumplido con nuestros objetivos iniciales.
Los carteles con los códigos QR se han colocado en los lugares estratégicos acordados: almacén de material estéril, antequirófano de urgencia y sala de estar.

El sistema que hemos diseñado, nos va a permitir analizar, anualmente, las visitas recibidas mediante un sistema de recuento de descarga de los códigos. Con ello podremos valorar la utilidad de la herramienta en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1279 ========== ***

Nº de registro: 1279

Título
INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, CARDIL REDONDO ALBA, SABIO FORNOZA MARIA LUISA, SERRANO PELLICER SUSANA, MARTINEZ MORERA NATALIA, CATALAN GARCIA LARA, BUÑUEL ASIN ELENA, ARIZA RUIZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
En la actualidad, el acceso a los protocolos de actuación, para el personal de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, se realiza a través de la consulta de la intranet del hospital. Acceder a esta información de manera sencilla y rápida y desde cualquier punto es una demanda habitual.

Dentro de este marco conceptual y teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería cada vez emplean más el teléfono como herramienta de consulta y soporte durante nuestra jornada de trabajo, vemos que la aplicación del QR en nuestro bloque quirúrgico puede ayudarnos a acercar el conocimiento a los profesionales de nueva incorporación

RESULTADOS ESPERADOS
Usando este sistema queremos acercar al profesional de enfermería de nueva incorporación el conocimiento necesario para conocer el contenido de las cajas de las diferentes especialidades atendidas en el quirófano de urgencias del HG, para que mediante su Smartphone puedan visualizar su contenido todas las veces que sean necesarias.

MÉTODO
-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR
-Revisión de la información y actualización si es preciso.
-Creación de los códigos QR
-Evaluación utilidad / satisfacción de usuarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

.

INDICADORES
- Número de cajas de instrumentación con código QR: 10 cajas para el año 2018
- Nº de profesionales de enfermería del quirófano de urgencias del HG que ven útil el Sistema: 75%

DURACIÓN
-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR.
Revisión de la información y actualización si es preciso.
Abril 2018 – Junio 2018
-Creación de los códigos QR: Septiembre 2018
-Evaluación utilidad: Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Según la utilidad final, y dado el número total de cajas existentes en el bloque quirúrgico del HG se considerará un proyecto continuista para los próximos años hasta completar la totalidad de las cajas que se crea necesario

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0151

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARCEN MIRAVETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se ha intentando poner en marcha la Unidad de Insuficiencia cardíaca en el Hospital Ernest Luch, como no ha sido posible, se ha estado realizando educación a los pacientes con insuficiencia cardíaca desde las consultas generales de Cardiología y se han comenzado a distribuir dípticos informativos/educativos a los pacientes y familiares. Se está poniendo en marcha, la creación de un proceso asistencial de IC con Atención Primaria y el objetivo es dispensar estos folletos educativos desde la misma consulta de Atención Primaria, las consultas de Cardiología, Medicina Interna y Hospitalización del Hospital Ernest Lluch.
Acabo de cambiar mi interinidad al Hospital Universitario Miguel Servet, por lo que todo lo indicado sigue en marcha pero yo no podré concluirlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio de educación de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca desde consultas de Cardiología General y distribución de folletos educativos a Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la puesta en marcha de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca en el Hospital, pero antes de ello puede seguir educando a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y sus cuidadores con el objetivo de disminuir ingresos, mejorar su autocuidado y calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/151 ========== ***

Nº de registro: 0151

Título
MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Autores:
MARCEN MIRAVETE ANA, ALAMEDA SERRANO JAVIER, HUICI POLO PATXI, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, LAMBAN IBOR ELENA, PALACIN LARROY MARTA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Insuficiencia Carcíaca (IC) es un problema de salud pública de primer orden y en crecimiento; se trata de una enfermedad con una alta prevalencia, incidencia y mortalidad, genera numerosas hospitalizaciones y una pobre calidad de vida y ocasiona un alto coste socio-sanitario.

Hasta 1 de cada 4 pacientes mayores de 65 años con IC requerirán una rehospitalización a los 30 días del alta y hasta el 44% serán rehospitalizados al menos una vez en el primer año tras el alta. Una causa importante de estas rehospitalizaciones (15-64%) es la falta de continuidad en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, es decir, a una falta de conocimiento de la enfermedad, de la importancia del tratamiento farmacológico y de las medidas higiénico-dietéticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0151

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Debido a la falta de tiempo de los profesionales, en muchas ocasiones, no se invierten el necesario en la explicación de la importancia de estas medidas higiénico-dietéticas en la IC, ocasionando el mal conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la falta de cumplimiento de estas medidas tan importantes para mantener la enfermedad lo más estable posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la creación de un folleto informativo de la IC para los pacientes y sus familiares y así prevenir las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad y de sus medidas higiénico-dietéticas.
En él, explicaremos qué es la IC, cuáles son los síntomas de descompensación, qué puede descompensarles, qué deben hacer para evitar las descompensaciones y en el caso de inicio de una descompensación.
Población diana: todos los pacientes con IC hospitalizados o atendidos en consultas externas.

MÉTODO
Elaboración de un folleto informativo que se entregará a todos los pacientes valorados por IC tanto durante una hospitalización como en las consultas externas del HELL.
Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en IC y presentación de folletos informativos.

INDICADORES
Se valorará tanto la entrega de los folletos creados como la tasa de reingreses tras la distribución de los mismos.
-Pacientes con entrega de folleto informativo/pacientes valorados por ICC en consulta de MI o Cardiología u hospitalizado por ICC en HELL
-Pacientes con reingreso a 30 días por falta de cumplimiento terapéutico/pacientes con entrega de folleto informativo

DURACIÓN
Creación de folleto informativo: abril-mayo de 2018,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2018
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde abril-mayo de 2018 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero 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 - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Fecha de entrada: 20/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
GARCIA MANGAS PILAR
SANCHO VAL ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha constituido el grupo de trabajo multidisciplinar con miembros de varios servicios. Se han desarrollado reuniones de los integrantes en tres fases:
En una primera fase, se ha solicitado la opinión de todos los integrantes sobre el funcionamiento del grupo, medios humanos y materiales con los que se pueden reunir, proceso de toma de decisiones dentro del grupo, asi como resolución de discrepancias.
En una segunda fase se han realizado tres reuniones con el Dr. Gabriel Tirado que se ha ofrecido a confeccionar una base de datos para registro de casos. En esas reuniones, los diferentes miembros han propuesto la inclusión de los datos necesarios desde el punto de vista de su especialidad para ser incluidos en dicho registro. Finalmente se ha presentado la base de datos, realizando los miembros consideraciones y propuestas de cambios sobre el diseño inicial.
En una última fase, se ha decidido iniciar el registro de casos, proponiendo su inicio en Noviembre de 2018. Tras un retraso por problemas informáticos, en la última reunión del 5 de Diciembre, se decide su inicio con el año natural.
Queda pendiente la revisión del funcionamiento del registro, que se realizará tras tres meses de funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fecha de esta memoria, disponemos de una base de datos funcional, de la que podemos fácilmente extraer estadísticas básicas en tiempo real, y posteriormente puede explotarse los datos que interesen a los diferentes servicios. Con el inicio del año 2019, se iniciará el funcionamiento del registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día. Se ha constituido un grupo de mensajería para comunicación interna y se dispone de una lista de correo y una unidad en la nube para uso del grupo, como medios de comunicación más agiles.
La diferencia en intereses dentro de los múltiples aspectos de tratamiento y cuidado de los pacientes con endocarditis obligan a un registro de gran cantidad de información y, por tanto, incrementan el trabajo de recolección de información (más, si se tiene en cuenta, en ineficiente sistema de historia electrónica del que se dispone en la actualidad).

7. OBSERVACIONES.
Con el tiempo, sería muy útil contar con la colaboración de personal administrativo o becarios para recolección de datos. Aspiramos, en un futuro, a extender este registro a otros centros de la Comunidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/780 ========== ***

Nº de registro: 0780

Título
FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, GARCIA MANGAS PILAR, SANCHO VAL ISABEL, GIL PEREZ DESIRE,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Infecciosas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

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

PROBLEMA
La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, de la colaboración de profesionales de varias especialidades. Actualmente, en nuestro centro no se dispone de información sobre incidencia, tipos, microorganismos implicados y evolución clínica o quirúrgica de los casos. Tampoco existe un registro de los casos diagnosticados ni de su evolución.
Es necesario profundizar en el conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio, y concretamente en nuestro centro, dado que es referencia de toda la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene como objetivo constituir un grupo de trabajo sobre Endocarditis Infecciosa (EI). Dicho grupo tendrá como fin, en una primera fase, la confección de una base de datos sobre casos de Endocarditis en nuestro centro.
En un futuro, en el grupo se diseñarán procedimientos, protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología para su difusión a los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes.
En una tercera fase, se difundirá el grupo incluyendo profesionales de toda la comunidad.

MÉTODO
En un primer momento se diseñará una base de datos funcional para el registro de los aspectos fundamentales de los casos diagnosticados en el centro.
Una vez diseñada dicha base de datos, con el acuerdo de los diferentes participantes y servicios, se iniciará una fase de registro de los casos.
Tras unos meses de registro de casos, se acordarán tras una revisión de los campos, las variaciones que en ellos que se estimen oportunos por los integrantes del grupo.

INDICADORES
Memoria anual con número de casos registrados, prevalencia de cada germen, mortalidad, estancia media, recomendaciones en cuanto a la terapia antibiótica empírica.
Difusión de resultados en cada servicio mediante una sesión clínica.
Indicadores anuales:
-Registro de Casos completados/Ingresos con diagnóstico de -Endocarditis de cada unidad.
-Mortalidad/Ingresos con EI
-Terapia antibiótica según guías/ingresos EI.
-Complicaciones embólicas/Ingresos EI.
-Cirugía Cardíaca/Ingresos por EI
-EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales.
-EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales

DURACIÓN
El grupo nace con vocación de duración indefinida, constituyéndose dentro de los grupos de trabajo o comisiones formados dentro del centro sobre diferentes patologías.
Inicialmente se confeccionará la base de datos con los campos que se acuerden por el grupo. Durante esta fase, se efectuará un programa piloto de registro de pacientes ficticios con el fin de optimizar el correcto funcionamiento del registro.
Desde el mes de Septiembre de 2018 se iniciará el registro por cada servicio de los aspectos que les competan.
En Diciembre de 2018 se efectuará una revisión de los registros e indicadores proponiendo mejoras en los mismos o el la forma de funcionamiento del registro.
Desde Enero del 2019 se iniciará el registro definitivo que podrá modificarse a la vista de los resultados de cada año.
En fases posteriores se iniciará la confección de protocolos o procedimientos de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de pacientes con Endocarditis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

```
OBSERVACIONES
Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología y C. Cardiovascular.


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", pendiente todavía de consenso. En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálcuo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento. Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.
-Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología.
-Una vez consensuado el protocolo entre los servicios de Cardiología-Oncología Médica- Oncología Radioterápica-Hematología y Atención Primaria está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.
-Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con Atención Primaria, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hematología.
- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a largo plazo y también limita en otros casos el tratamiento antitumoral aumentando la mortalidad oncológica.

- LECCIONES APRENDIDAS: Debemos mejorar los indicadores que planteábamos en el proyecto de mejora inicial, considerando que los siguientes indicadores serían más fiables a la hora de medir nuestra actividad:
-Pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab con determinación de troponina I us y proBNP antes de cada ciclo de quimioterapia en 1 mes / pacientes con ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en 1 mes >70%
-Pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab que acuden a la consulta de Cardio-oncología en 1 mes con control óptimo de LDL/pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab que acuden a la consulta de Cardio-Oncología en 1 mes > 50%
-Aprobación de Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

7. OBSERVACIONES.
Querría saber si es posible la modificación de los indicadores como indico en las LECCIONES APRENDIDAS del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

apartado previo. Si es posible en la memoria de finalización del proyecto prevista para septiembre-octubre de 2019 consideramos más correcto el uso de estos indicadores, puesto que los previos son confusos y erróneos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre 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 - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", pendiente todavía de consenso. En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los
factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálcuo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento. Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Está pendiente de consenso entre los servicios de Cardiología-Oncología Médica- Oncología Radioterápica-Hematología.
Ha sido presentado en el grupo multidisciplinar que el servicio de Cardiología comparte con médicos y enfermeras de AP del Sector Zaragoza II.
Está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.

Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con Atención Primaria, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hematología.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a largo plazo y también limita en otros casos el tratamiento antitumoral aumentando la mortalidad oncológica.

- Pendiente de análisis de indicadores establecidos tras aprobar el protocolo. Se intentará analizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

información a través de historia clínica electrónica.

- Como lecciones aprendidas con este proyecto, consideramos necesario plantear unos indicadores que se puedan medir de forma sencilla para poder evaluar el impacto del proyecto en la población elegida.

7. OBSERVACIONES.
El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la cardiotoxicidad en pacientes con neoplasias malignas tratadas con tratamiento quimioterápido es esencial. La puesta en marcha de un protocolo consensuado entre servicios puede tener una implicación muy positiva en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre 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 - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología". En él se han unificado todos los objetivos de
nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálcuo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento.

Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología. Está pendiente de consenso entre los servicios implicados para poder formalizar su publicación.

Ha sido presentado en el grupo multidisciplinar que el servicio de Cardiología comparte con médicos y enfermeras de AP del Sector Zaragoza II.

Está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.

Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el
"protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con los diversos servicios implicados para después poder formalizar su publicación.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a lantando la mortalidad oncológica.

- La información de los indicadores inicialmente propuestos no se ha analizado porque actualmente no está en la HCE para su ánalisis y, por lo tanto, ha sido imposible obtenerla.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

- Como lecciones aprendidas con este proyecto, consideramos necesario plantear unos indicadores que se puedan medir de forma sencilla para poder evaluar el impacto del proyecto en la población elegida.

7. OBSERVACIONES.
El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la cardiotoxicidad en pacientes con neoplasias malignas tratadas con tratamiento quimioterápido es esencial. La puesta en marcha de un protocolo consensuado entre servicios puede tener una implicación muy positiva en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

Este proyecto pasa a ser un objetivo del acuerdo de gestión del Servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre 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 - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AINHOA PEREZ GUERRERO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PERALES CARLOS
BLASCO PEIRO TERESA
PORTOLES OCAMPO ANA
GAMBO GRASA PAULA
GIMENO LOZANO JUAN JOSE
LASALA ALASTUEY MARIA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestro objetivo principal es la elaboración e implantación de un protocolo de despistaje de rechazo humoral en los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en Aragón mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral. La primera actividad realizada ha sido una exhaustiva búsqueda bibliográfica revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales.
Con todo ello, hemos realizado el “protocolo de despistaje de rechazo humoral en el trasplante cardiaco” que se encuentra en vías de consenso entre todos los servicios implicados. En él hemos unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento aplicable a todos los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad. En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad.
También se ha elaborado un documento de protocolización del tratamiento de pacientes con criterios positivos para rechazo humoral, desde estadios subclínicos, según un algoritmo de tratamiento establecido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de "Protocolo de despistaje de rechazo humoral en trasplante cardiaco” así como el documento de protocolización del tratamiento en pacientes que cumplen criterios de rechazo humoral estableciendo un algoritmo de tratamiento. Pendiente de consenso con los servicios de Hematología y Anatomía patológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el “protocolo de despistaje de rechazo humoral en el trasplante cardiaco” así como el algoritmo de tratamiento de los pacientes que cumplan criterios de rechazo humoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con los servicios de Hematología y Anatomía patológica.
- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante para la adecuación de reactivos para la valoración histológica y de anticuerpos.
Es necesario mejorar la relación interservicio cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral y así establecer los criterios consensuados de diagnóstico de rechazo humoral según un algoritmo de diagnóstico establecido.
El rechazo mediado por anticuerpos podría estar infradiagnosticado debido a una falta de programas rutinarios de screening, suponiendo una causa importante de disfunción del injerto. También es importante señalar que el número de pacientes sometidos a trasplante cardiaco en Aragón no es elevado (7 pacientes en último año), por lo que la aplicación de este protocolo requiere de un periodo de evaluación mucho más larga, que se iniciará en breve, tras la aprobación final del protocolo. y que la aplicación de este protocolo supone un aumento del número de biopsias y de la cuantificación de anticuerpos específicos contra el donante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1141 ========== ***

Nº de registro: 1141

Título
PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

PEREZ GUERRERO AINHOA, LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN, BLASCO PEIRO TERESA, PORTOLES OCAMPO ANA, GAMBO GRASA PAULA, GIMENO LOZANO JUAN JOSE, LASALA ALASTUEY MARIA, ORTAL NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El trasplante cardiaco es el tratamiento de referencia para pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca avanzada. A pesar de ello, el rechazo sigue siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en receptores de alto riesgo y en la fase aguda del implante.
De los dos tipos de rechazo cardiaco, el rechazo mediado por anticuerpos (también llamado humoral o vascular) ha sido clásicamente una entidad mal definida y poco estudiada en las últimas tres décadas, en comparación con el rechazo celular. En los últimos años ha existido un interés renovado para unificar criterios en el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad.
La verdadera incidencia del rechazo mediado por anticuerpos se desconoce debido a los cambios históricos de los criterios diagnósticos y a la falta de programas rutinarios de screening, variando de un 3 a un 85% en función de los criterios diagnósticos empleados. Cuando se emplean los criterios de 2006 de la ISHLT, la incidencia es del 5%.
En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad.
En nuestro centro se han demostrado, al menos, dos casos diagnosticados en los últimos cinco años.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la atención prestada a los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral.
- Mejorar la relación cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral.
- Establecer un cribado universal de rechazo humoral en el 100% de nuestros pacientes trasplantados de corazón.
-Realizar un diagnóstico precoz de rechazo humoral.
-Protocolizar el tratamiento de los pacientes con un diagnóstico positivo de rechazo humoral.
-Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada al rechazo humoral (reingresos por insuficiencia cardiaca) mediante tratamiento precoz de éste.

MÉTODO
En primer lugar, se realizará la revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales.
Se realizará una reunión interdisciplinar de los servicios de cardiología, hematología y anatomía patológica para plantear los recursos y las necesidades.
Será necesario aumentar la periodicidad del número de biopsias, precisando de técnicas de inmufluorescencia e inmunohistoquímica de forma sistemática (no sólo ante la sospecha). Además, se precisará de técnicas de cuantifiación de anticuerpos.
Una vez consensuados y establecidos los recursos, se realizará una nueva reunión de cara a la presentación del protocolo y a su puesta en marcha.

INDICADORES
Número de biopsas endomiocárdicas con valoración de rechazo humoral por paciente al año/biopsias totales realizadas.
Estándar: 80%.

Número de pacientes que tienen en el primer año determinación de anticuerpos/número total de pacientes trasplantados. Estándar: 90%

Número de determinaciones de anticuerpos por paciente en el primer año del trasplante. Estándar: 5

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Fecha de inicio: 1 de septiembre de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019
-Documentación y planificación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Septiembre 2018.
-Reunión de servicios: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca, responsable de unidad de biopsias cardiacas
de anatomía patológica y responsable de inmunohematología. Octubre 2018 y Enero 2019.
-Adecuación de reactivos: responsable de unidad de biopsias cardiacas de anatomía patológica y responsable de área de
inmunohematología. Noviembre y Diciembre 2018.
-Presentación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Febrero 2019.
-Puesta en marcha: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca. Marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA MARTINEZ CLARA
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
LAPERAL MUR JOSE RAMON
CORDON RUIZ RUBEN
CASTILLO LUENA JOSE ENRIQUE
AURED GUALLAR CARMEN
DIAZ CORGEGANA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El día 16 de abril del 2018 se constituyó el GRUPO MULTIDISCIPLINAR, integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet, así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio.
Desde la primera reunión se han realizado 10 reuniones del grupo, con una periodicidad aproximada mensual (16/04, 27/04, 17/05, 25/05, 15/06, 22/06, 07/09, 18/10, 23/11 y 19/12). Se ha levantado acta de todos los puntos tratados/acordados por el grupo en cada una de las reuniones que, posteriormente, fue enviada a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.
A partir de la 4ª reunión, el Grupo Multidisciplinar contó con dos integrantes más: Médico de Atención Primaria del CS de Fernando el Católico y enfermera del Centro de Salud de San Pablo.
Por otra parte, dado que la labor de consenso del grupo lo requería, se invitó a asistir a profesionales del Servicio de Rehabilitación cardiaca del HUMS y del Servicio de Rehabilitación Cardiaca multihospitalario del HNSG.
La última reunión del Grupo Multidisciplinar se llevó a cabo en el Centro de Salud de Torrerramona, donde se mostró al grupo el programa Omi para su conocimiento.
2. Designación de un CARDIÓLOGO REFERENTE de los 18 centros de salud (CS), quien se encarga de responder las solicitudes de consulta a través de la interconsulta virtual.
3. Inicio de SESIONES CLÍNICAS PRESENCIALES en los diferentes CS, con presencia del cardiólogo referente, en el horario habitual de las sesiones docentes del centro. Periodicidad aproximadamente mensual. Realizada o programada en 12 de los 18 CS referentes (3 de ellas en el área rural), con un total de 29 sesiones en los últimos 8 meses.
Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:
1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.
Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de videoconferencia del Salud Spontania, con la colaboración del Servicio de Informática del HUMS.
4. Se ha realizado la protocolización consensuada de dos procesos asistenciales cardiológicos (Cardiopatía isquémica estable y Síndrome coronario agudo) en el seno del grupo multidisciplinar. Se ha invitado a participar a profesionales de rehabilitación cardiaca del hospital y de la Unidad multidisciplinar del H. Nuestra Sra de Gracia. Este protocolo va a ser presentado en sesión clínica del Servicio y vehiculado en cada CS, a través del cardiólogo referente. Pendiente de protocolización del resto de procesos asistenciales.
5. La interconsulta virtual ha sido un medio eficaz de comunicación entre los dos niveles asistenciales en la mayor parte de los pacientes con ECV derivados, con un porcentaje de resolución no presencial muy elevado.
6. Creación de ALGORITMOS DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA VIRTUAL, con criterios consensuados por todo el Servicio de Cardiología (en sesión clínica del Servicio) para la adecuación de la derivación a consultas presenciales (generales y específicas) de pacientes consultados a través de la interconsulta virtual. Algoritmos que se han dado a conocer en todos los CS visitados.
7. Se ha programado para el mes de noviembre de 2019 la primera reunión intersectorial AP-AE acreditada para docentes y discentes, dentro del programa docente del HUMS.
8. Desde la Unidad de Rehabilitación cardiaca del HUMS y la Unidad multihospitalaria del HNG se ha puesto en marcha el INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, con el propósito de mantener la continuidad asistencial entre los dos niveles asistenciales. En situación de proceso a nivel de enfermería de hospitalización. Dentro del Grupo AP-AE cardiológica se encuentra en estudio la creación de “consulta de enfermería cardiológica” con el uso del programa OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Creación del grupo multidisciplinar – SI
2. Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita – PROGRAMADA para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

21/11/2019
3. Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual - SI
4. Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos - SI
5. Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
Se ha conseguido el objetivo planteado de reducir la demora en las consultas cardiológicas presenciales en los CME, derivadas desde AP con carácter preferente, cuya demora media en diciembre-2018 oscila entre 14 y 51 días.
6. Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
El porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos, asociados o no a una prueba de esfuerzo en pacientes no ingresados en hospitalización, y llevados a cabo en menos de 30 días desde su solicitud, ha superado el 36% y, por lo tanto, el objetivo planteado.
Si consideramos también los pacientes ingresados el resultado alcanza el 80%.
7. Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio - SI
El número de interconsultas virtuales aumentó de forma muy importante durante los primeros meses tras la implantación de la interconsulta virtual para, posteriormente, ir estabilizándose.
El porcentaje medio de resolución del mes de noviembre de 2017 fue del 18%, alcanzando el 25% de media desde el inicio y siendo del 27% de media durante en el último año 2018 (de enero a diciembre). Lo que representa un aumento del 50% en la resolución virtual durante éste, su primer año

Las medidas operativas adoptadas han permitido obtener un importante descenso en los indicadores de gestión de la consulta externa del Servicio de Cardiología durante este último año, como son:
• Un descenso medio del 80,88% en los buzones de Primeras
• Un descenso medio del 14,12% en la demora >60 días en Primeras
• Un descenso medio del 54,57% en el total de consultas pendientes (buzón y citas)
• Una disminución media de la demora prospectiva en consultas del 37,93% (siendo superior al 100% en algún CME).
• Si comparamos 2017 con 2018:
? Buzón de Primeras ha pasado de 1345 a 257.
? Demora <60 días ha pasado de 170 a 146
? Consultas pendientes (buzón+citas) ha pasado de 2558 a 1162
? Demora prospectiva de consultas ha pasado de 112 a 51,84 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Grupo AP-AE cardiológico ha tenido éxito inicial en su creación y en la definición de procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.
Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS han permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CMEs. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.
La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante una diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.
La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.
Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que tiene repercusión en la atención a tiempo de los pacientes con ECV.
La continuidad de este proyecto asistencial tiene su base en la protocolización de los diferentes procesos asistenciales compartidos pendientes y en el mantenimiento de la coordinación entre profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.
dos procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.
Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS han permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CMEs. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.
La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante una diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.
La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.
Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que tiene repercusión en la atención a tiempo de los pacientes con ECV.

7. OBSERVACIONES.
La continuidad de este proyecto asistencial tiene su base en la protocolización de los diferentes procesos asistenciales compartidos pendientes y en el mantenimiento de la coordinación entre profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1208 ========== ***

Nº de registro: 1208

Título
PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE

Autores:
ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, BERGUA MARTINEZ CLARA, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, LAPERAL MUR JOSE RAMON, CORDON RUIZ RUBEN, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, AURED GUALLAR CARMEN, SAMPEDRO FELIU ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los pases desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, el envejecimiento de la población, la epidemia de obesidad y de diabetes, la mayor supervivencia tras la fase aguda de la enfermedad, entre otras causas, están incrementando la prevalencia de las ECV crónicas y su presencia en nuestras consultas y hospitales.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes. La fragmentación en la atención de los pacientes por una
misma enfermedad dificulta que una actuación diagnostica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida. Son componentes de la coordinación asistencial la transferencia de información y la coordinación en el seguimiento. La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

La falta de coordinación se ha asociado con:
- Duplicación de pruebas, remisiones y derivaciones innecesarias y un uso inadecuado
- de los servicios de urgencias.
- Errores médicos en la prescripción de medicamentos con interacciones o duplicidades.
- Contradicciones en los planes de atención y en los diagnósticos.
- Percepción de falta de comunicación entre profesionales por el paciente con posterior
- desconfianza y menor adherencia a las indicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

Estos aspectos los hemos visto reflejados no pocas veces durante la asistencia a nuestros pacientes con enfermedad cardiovascular. Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población de nuestro sector con enfermedad cardiovascular dirigido. Y los objetivos que queremos alcanzar son:
-Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio
-Mejorar la relación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
-Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
-Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
-Crear una consulta de enfermería “cardiológica” en Atención primaria

MÉTODO
1. Creación de un grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico, que incorpore médicos de AP y cardiólogos tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio, junto a enfermería de AP y de AE, tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio
2. Realizar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias, dentro del grupo multidisciplinar
3. Presentar los protocolos compartidos en cada CS de nuestro secotrs
4. Realizar al menos una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta de cada una de ellas
5. Realizar al menos una reunión interterritorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
6. Designar cardiológicos referentes para cada CS del sector sanitario
7. Realizar reuniones en cada CS de forma mensual con el cardiólogo referente para resolver casos clínicos, presentar protocolos, etc..
8. Utilizar la interconsulta virtual (IV) como único medio de comunicación AP-AE
9. Protocolizar la respuesta a la IV intraservicio de cardiología para evitar variabilidad

INDICADORES
- Creación del grupo multidisciplinar – (si/no)
- Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita -(si/no)
- Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual -(si/no)
-Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos -(si/no)
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
- Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
- Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio- (si/no)

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de abril de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019
-Documentación y planificación: Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica
-Reunión de servicios: Mª del Rosario Ortas Nadal
-Presentación: Mª del Rosario Ortas Nadal
-Puesta en marcha: Mª del Rosario Ortas Nadal. Abril 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 - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Julio a Diciembre de 2018 han sido 1335 pacientes.
Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.

2) Se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en el informe de alta y evitar remitir directamente a Cardiología de área.
Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado las 100 primeras altas de Cardiología del mes de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 1335 pacientes ingresados en los meses de Julio-Diciembre de 2018.

- Citas detectadas: 280 (20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología)

- Buzones detectados: 140 (10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología)

- Anulados: 99 buzones y/o citas

- Se ha eliminado el buzón y/o cita pendiente en CEXT de cardiología, en el 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología, por considerarse redundantes e innecesarios.
- De todos los buzones y citas detectados en los pacientes ingresados, se ha borrado el 23.5% por considerarse redundantes e innecesarios.

2. En la muestra revisada (100 primeras altas del mes de Octubre) el cumplimiento de las indicaciones ha sido el siguiente:

- Distribución altas: 68% Planta 5ºB, 17% Planta 5º A; 11% Arritmias; 3% Hemodinámica

- Nº altas sin incluir “revisión por su cardiólogo habitual/ de área”: 89%.

- Nº altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizados: 84%. Si consideramos únicamente aquellos pacientes ingresados y dependientes de planta 5º A y 5º B el porcentaje es del 94,2%. Recomendaciones personalizadas realizadas con programa PCVIA 15%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado del proyecto se considera muy favorable.
Por un lado, una revisión sistematizada de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.
Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta pero el uso del programa PCVIA todavía es escaso. El número de pacientes remitidos directamente a cardiología de área es bajo también (11%).
Está previsto continuar igual con el proyecto dado el buen resultado obtenido (prevista finalización Marzo 2019).

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1313 ========== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Optimización uso recursos

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

PROBLEMA
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El proceso culmina cuando “un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), deja libre la cama que tenía asignada en el centro”.
El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. El IA es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el IA tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencias y los codificadores clínicos.
Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidado pos-hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba.
Proponemos mejorar las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispondrá del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.
En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: “seguimiento por su especialista de área”, que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.
Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria que permite la valoración conjunta de los pacientes y la resolución de muchas de ellas de forma no presencial. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas, solicitar pruebas previas y en definitiva, realizar un seguimiento más adecuado y a tiempo de los pacientes, sin crear falsas expectativas.
Por ello, proponemos revisar, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias (porque no aporten ningún valor al paciente) o estén duplicadas.
Por otra parte, se evitará remitir de manera directa e impersonal a seguimiento ambulatorio especializado en todos los IA de pacientes hospitalizados, realizando las recomendaciones que requiera cada paciente y priorizando la vía de las interconsulta virtual, como única vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
-Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de las interconsulta virtual desde Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

- Mejorar las expectativas del paciente

MÉTODO
- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase “control por su cardiólogo habitual/de área” de los informes de altas hospitalaria.
-En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase “citación a cardiología a través de la interconsulta virtual” con el tiempo que se considere necesario
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

INDICADORES
- Número de altas sin incluir la frase “revisión por su cardiólogo habitual/de área”: >80%
- Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología:> 70%
- Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas >80%

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de julio de 2018. Prevista su finalización: 30 marzo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GALIANO NAIARA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
SANTAMARIA LUNA EVA
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) presta asistencia especializada directa a la población del Sector Sanitario Zaragoza II, constituido por unos 370.000 habitantes. Asimismo atiende en muchos procesos no sólo a los habitantes de su zona de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria.
El Sector Sanitario Zaragoza II incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:
• Atención Primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
• Atención Especializada (Centros Médicos de Especialidades): C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
• Atención Especializada (Hospital): Hospital Universitario Miguel Servet.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de las áreas en las que se ha implantado la digitalización del ECG.

URGENCIAS HUMS
El proyecto de digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS comenzó con la decisión del grupo de trabajo de utilizar la pulsera identificativa del paciente y su posterior escaneo como la mejor forma de trabajo, debido a que es una manera más ágil y segura de identificar al paciente que introduciendo el número de la tarjeta de identificación sanitaria (AR) de forma manual.
Al implementar la digitalización del ECG surgió una dificultad en la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Se procedió a un cambio de formato de la pulsera por parte del Servicio de Informática del hospital. Para poder desarrollar el trabajo se solicitó la mejora de la cobertura WIFI del Servicio de Urgencias para poder comenzar a transmitir los ECG a la Historia Clínica Electrónica (HCE).
Se realizó una hoja de instrucciones de funcionamiento del aparato ECG y se estableció un cronograma de la formación del personal de urgencias. Se decidió que era mejor preparar un grupo de expertos y que fuera posteriormente el personal formado de la propia unidad el que se encargara de la misma, para lo cual se planificó una formación de formadores.
En el análisis inicial de los primeros pasos del proyecto se detectó que había ECGs que se transmitían de manera incorrecta a la HCE, ya que dicha transmisión se realizaba de manera automática, por lo que se paralizó la actividad y se reunió el equipo de trabajo para estudiar la situación y proceder a la corrección de los fallos.
En la reunión celebrada del 6 marzo de 2018, con acuerdo de todas las partes interesadas (Servicio de Urgencias, Servicio de Cardiología, Servicio de Informática y proveedor del sistema MUSE), se acepta que la transmisión del ECG a la HCE no fuera un paso automático tras la impresión del ECG, sino que se hiciera de forma voluntaria. Una vez que el ECG se haya impreso y el personal de enfermería haya comprobado su correcta identificación, se tomará la decisión de transmitirlo a la HCE pulsando la tecla Transmitir.
Se propone un nuevo algoritmo de uso del aparato de ECG más sencillo, práctico y visible. En su implementación se toma la decisión de realizar una nueva formación a todo el personal implicado dividiendo la unidad en áreas. Se comenzó con la formación para la realización de ECGs en la Zona de Vitales del Área de Urgencias (segmento por donde se reiniciará el proyecto de implantación). La formación, se llevó a cabo en los turnos de enfermería de mañana y tarde. Tras el nuevo periodo de formación, se puso en marcha de nuevo el proyecto, utilizando los aparatos según el flujo previamente descrito. Se cambia la configuración de todos los ECGs distribuidos por el Servicio de Urgencias para evitar la transmisión involuntaria a HCE.
Los resultados se evaluaron al mes siguiente con el objeto detectar fallos en la seguridad y determinar el porcentaje de ECGs transmitidos a HCE. Se aceptó que algunos ECGs no fueran transmitidos en favor de aumentar la seguridad de la transmisión.
En abril de 2018 se lanza una campaña de publicidad en el Servicio de Urgencias (a través de su boletín informativo) para la difusión de la necesidad de Digitalizar el ECG y la importancia de que se realice una correcta identificación del paciente. La parte médica y de enfermería del Servicio de Urgencias, insiste de manera reiterada en la importancia de priorizar la seguridad del paciente frente al porcentaje de electros trasmitidos del total de los realizados. Por parte del Servicio de Cardiología se insiste que un ECG incorrectamente transmitido puede tener consecuencias muy graves a corto, medio y largo plazo.
En junio se comienzan a recoger datos de la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias y se observa que del total de ECGs realizados se transmiten correctamente alrededor del 50% (análisis preliminar junio y julio 2018).
En revisión realizada en el último trimestre del proyecto se observa que el porcentaje de electrocardiogramas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

transmitidos ha aumentado de manera considerable, un 22% (primer trimestre un total de 7425 ECGs transmitidos frente a 9469 ECGs transmitidos en el úlitmo trimestre del proyecto).

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES
La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó más tarde, en junio de 2018, con la necesidad del cableado informático del Centro Médico de Especialidades para poder iniciar esta actividad. Se confirma la solicitud por parte del Servicio de Eelectromedicina de las rosetas y cableado estructurado necesario en cada consulta médica. Todo el proyecto de integración supone un trabajo adicional para acondicionar las consultas y poder iniciar el trabajo. También se confirma por parte del Servicio de Informática el número de IP necesarias y el cableado para el comienzo de la actividad.
Se realizó una actualización de las agendas que se van a utilizar en los Centros Médicos de Especialidades (ya que la actividad a partir de ahora se debe realizar a través de lista de trabajo): los pacientes serán citados a través del Servicio de Citaciones, y los datos se volcarán al aparato de electros de forma automática, lo que supone que los profesionales no introduzcan el AR de forma manual y así reducir el número de errores en consulta (esta es una forma de trabajo diferente a la de Urgencias puesto que la actividad aquí es programada).
Se informa a la Subdirección de Enfermería de la situación y se solicitan los datos de los profesionales de enfermería que precisan formación en los Centros Médicos para el inicio de la actividad. Comienza la formación de dicho personal haciendo hincapié en la importancia de la digitalización de los ECG ya que es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.
La inclusión en Historia Clínica Electrónica permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está iniciando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS
La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).
Actualmente solo se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).
Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos, que no van a poder registrarse nunca en la HCE del paciente.
En la planta de Cardiología y en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal en el funcionamiento del aparato de ECG. La puesta en marcha ha tenido la dificultad añadida del cambio de prácticamente la totalidad de la plantilla de enfermería en el acoplamiento interno del hospital. Desde el inicio del proyecto en el mes de mayo de 2018, se están objetivando muchas debilidades que se deben subsanar con apoyo de todas las partes interesadas. Hasta un 45% del total de ECGs digitalizados no han sido identificados correctamente.
Es imposible cuantificar cuantos ECGs se realizan de forma analógica, pero con el paso del tiempo desde la implementación podremos evaluar si el número de ECGs digitalizados se va incrementando.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS

La forma de trabajo de la unidad es mediante pulsera identificativa en el caso de los pacientes hospitalizados, y lectura del código de barras de la tarjeta sanitaria (con lector de código de barras).
Se ha realizado la formación de personal y se ha implementado el algoritmo de trabajo.
En esta Unidad se cuenta con un número de aparatos para poder digitalizar el ECG de 3 en total, lo que permite una adecuada implementación, así como una plantilla de enfermería estable que permite que los resultados sean más favorables. El trabajo que se realiza es mucho más estandarizado y es la unidad que se encarga del proyecto de digitalización.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL

En la consulta de cardiología de Hospital Infantil se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma.
El procedimiento de trabajo es por lista de trabajo, igual que el descrito en los Centros Médicos de Especialidades. La implantación del mismo ya se ha realizado, pero se ha detectado que la transmisión de los ECGs en muchas ocasiones no se realiza con la identificación del paciente (en un 43% de los ECGs realizados), lo que impide la inclusión en la HCE.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

En la consulta del Servicio de Cardiología del área de pacientes externos, se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma para trabajar con lista de trabajo, ya que esta área cuenta también con la Unidad de Citaciones, a través de la cual se vuelcan los datos del paciente al aparato de ECG y posteriormente se selecciona, lo que minimiza la posibilidad de error.
Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad se ha observado que en el mes de noviembre 2018 hubo una caída del sistema MUSE, que no se detectó inicialmente, debido a que convive el doble sistema, papel manual y digitalización. Por ello el indicador en este caso no representa la actividad real

CONSULTA DE PREOPERATORIOS DE MATERNIDAD (CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS)

La consulta de ECG preoperatorios de la maternidad es una de las últimas áreas incluidas en el proyecto. Se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma, con el método de lista de trabajo y captura automática de los datos. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad hemos puesto en evidencia que los ECG no se han identificado de manera correcta, debido a que no se han actualizado las agendas por parte del Servicio de Citaciones para trabajar a través de lista de trabajo como se realiza en Consultas Externas y Centros Médicos de Especialidades, por lo que no han sido enviados a la HCE.
Se ha puesto en marcha una corrección de errores para disponer de estos datos en la próxima evaluación del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de ECG digitalizados correctamente realizados en el último trimestre del proyecto con respecto al total (50%)
ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados
- Urgencias: 97%
- Unidad de arritmias: 100%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 55%
- Hospital Infantil: 57%
- Consultas Externas: 100%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 94%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- Consultas externas ginecología y preoperatorios maternidad: no es valorable el resultado

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de Consultas Virtuales en Cardiología
Valorados 3 Centros de Salud del Area
- CS Almozara 59%
- CS Torre Ramona 71%
- CS Torrero La Paz 55

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de tecnología se suele considerar como un elemento transformador dentro de cualquier organización, y generalmente está asociado con una mejora directa de la eficiencia y de la productividad. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra por la simple sustitución de los procesos analógicos por los digitales, sino que se debe plantear el propósito de las nuevas acciones y la necesidad de aprovechar las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de trabajo.
Así, se deben organizar nuevas formas de trabajo, y no sólo dedicar los recursos a la implementación de la nueva tecnología. Los nuevos procedimientos pueden resolver muchos problemas y dar soluciones a pacientes y facultativos de otras áreas que se benefician de proyectos como la interconsulta virtual.
La digitalización del ECG permite también el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través del sistema MUSE y el estudio posterior de los mismos para proyectos de investigación, establecer líneas de mejora, etc.
El desarrollo de este proyecto demuestra la gran variabilidad de formas de trabajo y de necesidades de cada una de las áreas. Se debe realizar un trabajo pormenorizado de la situación de cada área y dar solución a cada una de sus características para poder continuar con el mismo.
Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.
El Área de Pacientes Externos (Consultas Externas) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.
Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.
Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.

Los indicadores del proyecto dan resultados satisfactorios, pero también pone de manifiesto la necesidad de continuar con el proyecto.
Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad, están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1411 ========== ***

Nº de registro: 1411

Título
PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO BADIA ANTONIO, ORTAS NADAL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva.Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud.Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de trasmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes.Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida.El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos EspecíficosImplementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización,Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología,Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos,Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales,Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardiaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico,Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados,Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación,Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS,CME(Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG.Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de su situación clínica.

MÉTODO
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

debilidades del proyecto.Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas.El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

INDICADORES
INDICADORES:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.
RESULTADOS:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total:50%
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología:20%

DURACIÓN
Prevista la digitalizacion por areas del hospital que se incluiran en periodos de dos meses hasta su 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 - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
CALVO GALIANO NAIARA
SANTAMARIA LUNA EVA
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) presta asistencia especializada directa a la población del Sector Sanitario Zaragoza II, constituido por unos 370.000 habitantes. Asimismo, atiende en muchos procesos no sólo a los habitantes de su zona de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria.
El Sector Sanitario Zaragoza II incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:
• Atención Primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
• Atención Especializada (Centros Médicos de Especialidades): C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
• Atención Especializada (Hospital): Hospital Universitario Miguel Servet.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de las áreas en las que se ha implantado la digitalización del ECG.
URGENCIAS HUMS
El proyecto de digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS comenzó con la decisión del grupo de trabajo de utilizar la pulsera identificativa del paciente y su posterior escaneo como la mejor forma de trabajo, debido a que es una manera más ágil y segura de identificar al paciente que introduciendo el número de la tarjeta de identificación sanitaria (AR) de forma manual.
Al implementar la digitalización del ECG surgió una dificultad en la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Se procedió a un cambio de formato de la pulsera por parte del Servicio de Informática del hospital. Para poder desarrollar el trabajo se solicitó la mejora de la cobertura WIFI del Servicio de Urgencias para poder comenzar a transmitir los ECG a la Historia Clínica Electrónica (HCE).
Se realizó una hoja de instrucciones de funcionamiento del aparato ECG y se estableció un cronograma de la formación del personal de urgencias. Se decidió que era mejor preparar un grupo de expertos y que fuera posteriormente el personal formado de la propia unidad el que se encargara de la misma, para lo cual se planificó una formación de formadores.
En el análisis inicial de los primeros pasos del proyecto se detectó que había ECGs que se transmitían de manera incorrecta a la HCE, ya que dicha transmisión se realizaba de manera automática, por lo que se paralizó la actividad y se reunió el equipo de trabajo para estudiar la situación y proceder a la corrección de los fallos.
En la reunión celebrada del 6 marzo de 2018, con acuerdo de todas las partes interesadas (Servicio de Urgencias, Servicio de Cardiología, Servicio de Informática y proveedor del sistema MUSE), se acepta que la transmisión del ECG a la HCE no fuera un paso automático tras la impresión del ECG, sino que se hiciera de forma voluntaria. Una vez que el ECG se haya impreso y el personal de enfermería haya comprobado su correcta identificación, se tomará la decisión de transmitirlo a la HCE pulsando la tecla Transmitir.
Se propone un nuevo algoritmo de uso del aparato de ECG más sencillo, práctico y visible. En su implementación se toma la decisión de realizar una nueva formación a todo el personal implicado dividiendo la unidad en áreas. Se comenzó con la formación para la realización de ECGs en la Zona de Vitales del Área de Urgencias (segmento por donde se reiniciará el proyecto de implantación). La formación, se llevó a cabo en los turnos de enfermería de mañana y tarde. Tras el nuevo periodo de formación, se puso en marcha de nuevo el proyecto, utilizando los aparatos según el flujo previamente descrito. Se cambia la configuración de todos los ECGs distribuidos por el Servicio de Urgencias para evitar la transmisión involuntaria a HCE.
Los resultados se evaluaron al mes siguiente con el objeto detectar fallos en la seguridad y determinar el porcentaje de ECGs transmitidos a HCE. Se aceptó que algunos ECGs no fueran transmitidos en favor de aumentar la seguridad de la transmisión.
En abril de 2018 se lanza una campaña de publicidad en el Servicio de Urgencias (a través de su boletín informativo) para la difusión de la necesidad de Digitalizar el ECG y la importancia de que se realice una correcta identificación del paciente. La parte médica y de enfermería del Servicio de Urgencias, insiste de manera reiterada en la importancia de priorizar la seguridad del paciente frente al porcentaje de electros trasmitidos del total de los realizados. Por parte del Servicio de Cardiología se insiste que un ECG incorrectamente transmitido puede tener consecuencias muy graves a corto, medio y largo plazo.
En junio se comienzan a recoger datos de la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias y se observa que del total de ECGs realizados se transmiten correctamente alrededor del 50% (análisis preliminar junio y julio 2018).
En revisión realizada en el último trimestre del proyecto se observa que el porcentaje de electrocardiogramas transmitidos ha aumentado de manera considerable, un 22% (primer trimestre un total de 7425 ECGs transmitidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

frente a 9469 ECGs transmitidos en el úlitmo trimestre del proyecto).

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES
La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó más tarde, en junio de 2018, con la necesidad del cableado informático del Centro Médico de Especialidades para poder iniciar esta actividad. Se confirma la solicitud por parte del Servicio de Eelectromedicina de las rosetas y cableado estructurado necesario en cada consulta médica. Todo el proyecto de integración supone un trabajo adicional para acondicionar las consultas y poder iniciar el trabajo. También se confirma por parte del Servicio de Informática el número de IP necesarias y el cableado para el comienzo de la actividad.
Se realizó una actualización de las agendas que se van a utilizar en los Centros Médicos de Especialidades (ya que la actividad a partir de ahora se debe realizar a través de lista de trabajo): los pacientes serán citados a través del Servicio de Citaciones, y los datos se volcarán al aparato de electros de forma automática, lo que supone que los profesionales no introduzcan el AR de forma manual y así reducir el número de errores en consulta (esta es una forma de trabajo diferente a la de Urgencias puesto que la actividad aquí es programada).
Se informa a la Subdirección de Enfermería de la situación y se solicitan los datos de los profesionales de enfermería que precisan formación en los Centros Médicos para el inicio de la actividad. Comienza la formación de dicho personal haciendo hincapié en la importancia de la digitalización de los ECG ya que es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.
La inclusión en Historia Clínica Electrónica permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está iniciando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS
La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).
Actualmente solo se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).
Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos, que no van a poder registrarse nunca en la HCE del paciente.
En la planta de Cardiología y en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal en el funcionamiento del aparato de ECG. La puesta en marcha ha tenido la dificultad añadida del cambio de prácticamente la totalidad de la plantilla de enfermería en el acoplamiento interno del hospital. Desde el inicio del proyecto en el mes de mayo de 2018, se están objetivando muchas debilidades que se deben subsanar con apoyo de todas las partes interesadas. Hasta un 45% del total de ECGs digitalizados no han sido identificados correctamente.
Es imposible cuantificar cuantos ECGs se realizan de forma analógica, pero con el paso del tiempo desde la implementación podremos evaluar si el número de ECGs digitalizados se va incrementando.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS
La forma de trabajo de la unidad es mediante pulsera identificativa en el caso de los pacientes hospitalizados, y lectura del código de barras de la tarjeta sanitaria (con lector de código de barras).
Se ha realizado la formación de personal y se ha implementado el algoritmo de trabajo.
En esta Unidad se cuenta con un número de aparatos para poder digitalizar el ECG de 3 en total, lo que permite una adecuada implementación, así como una plantilla de enfermería estable que permite que los resultados sean más favorables. El trabajo que se realiza es mucho más estandarizado y es la unidad que se encarga del proyecto de digitalización.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL
En la consulta de cardiología de Hospital Infantil se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma.
El procedimiento de trabajo es por lista de trabajo, igual que el descrito en los Centros Médicos de Especialidades. La implantación del mismo ya se ha realizado, pero se ha detectado que la transmisión de los ECGs en muchas ocasiones no se realiza con la identificación del paciente (en un 43% de los ECGs realizados), lo que impide la inclusión en la HCE.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS
En la consulta del Servicio de Cardiología del área de pacientes externos, se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma para trabajar con lista de trabajo, ya que esta área cuenta también con la Unidad de Citaciones, a través de la cual se vuelcan los datos del paciente al aparato de ECG y posteriormente se selecciona, lo que minimiza la posibilidad de error.
Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad se ha observado que en el mes de noviembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

hubo una caída del sistema MUSE, que no se detectó inicialmente, debido a que convive el doble sistema, papel manual y digitalización. Por ello el indicador en este caso no representa la actividad real

CONSULTA DE PREOPERATORIOS DE MATERNIDAD (CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS)
La consulta de ECG preoperatorios de la maternidad es una de las últimas áreas incluidas en el proyecto. Se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma, con el método de lista de trabajo y captura automática de los datos. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad hemos puesto en evidencia que los ECG no se han identificado de manera correcta, debido a que no se han actualizado las agendas por parte del Servicio de Citaciones para trabajar a través de lista de trabajo como se realiza en Consultas Externas y Centros Médicos de Especialidades, por lo que no han sido enviados a la HCE.
Se ha puesto en marcha una corrección de errores para disponer de estos datos en la próxima evaluación del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de ECG digitalizados correctamente realizados en el último trimestre del proyecto con respecto al total (50%)
ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados
- Urgencias: 97%
- Unidad de arritmias: 100%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 55%
- Hospital Infantil: 57%
- Consultas Externas: 100%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 94%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- Consultas externas ginecología y preoperatorios maternidad: no es valorable el resultado.

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica: 8/11 áreas:
Se ha implementado en 11 de 11 áreas
- Boxes del Hospital General y Traumatología
- Salas de Observación de Urgencias
- Soporte Vital de urgencias
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal
- Centro Medico de Especialidades san José
- Consulta de Preoperatorios de Maternidad
- Consultas Externas de Cardiología
- Preoperatorios hospital general y traumatología
- Unidad de Insuficiencia Cardiaca
- Unidad de Arritmias
- Hospitalización 5ª B

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de Consultas Virtuales en Cardiología
CS Almozara 59%
CS Torre Ramona 71%
CS Torrero La Paz 55%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de tecnología se suele considerar como un elemento transformador dentro de cualquier organización, y generalmente está asociado con una mejora directa de la eficiencia y de la productividad. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra por la simple sustitución de los procesos analógicos por los digitales, sino que se debe plantear el propósito de las nuevas acciones y la necesidad de aprovechar las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de trabajo.
Así, se deben organizar nuevas formas de trabajo, y no sólo dedicar los recursos a la implementación de la nueva tecnología. Los nuevos procedimientos pueden resolver muchos problemas y dar soluciones a pacientes y facultativos de otras áreas que se benefician de proyectos como la interconsulta virtual.
La digitalización del ECG permite también el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través del sistema MUSE y el estudio posterior de los mismos para proyectos de investigación, establecer líneas de mejora, etc.
El desarrollo de este proyecto demuestra la gran variabilidad de formas de trabajo y de necesidades de cada una de las áreas. Se debe realizar un trabajo pormenorizado de la situación de cada área y dar solución a cada una de sus características para poder continuar con el mismo.
Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.
El Área de Pacientes Externos (Consultas Externas) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.
Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.
Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.
Los indicadores del proyecto dan resultados satisfactorios, pero también pone de manifiesto la necesidad de continuar con el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad, están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1411 ========== ***

Nº de registro: 1411

Título
PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO BADIA ANTONIO, ORTAS NADAL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva.Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud.Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de trasmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes.Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida.El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos EspecíficosImplementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización,Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología,Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos,Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales,Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardiaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico,Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados,Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación,Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS,CME(Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG.Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

su situación clínica.

MÉTODO
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto.Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas.El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

INDICADORES
INDICADORES:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.
RESULTADOS:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total:50%
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología:20%

DURACIÓN
Prevista la digitalizacion por areas del hospital que se incluiran en periodos de dos meses hasta su 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 - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO CARLOS FRESNEDA ROLDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA ADELL MARTA
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
LARENA SANCHEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la constitución del grupo de trabajo del "Subproceso de postoperatorio y alta en Cirugía Cardiovascular", se diseñó un cronograma de tareas para abordar los campos de mejora en la asistencia de este tipo de paciente tras recibir asistencia quirúrgica cardiovascular.
Este cronograma contempla cuatro fases, la primera entre abril y octubre de 2018 en la que se constituyó el grupo de trabajo, se discutieron lineas de protocolización del postoperatorio, se definieron las aportaciones y se discutieron los primeros borradores de protocolos.
En la segunda fase que abarca diciembre de 2018 a febrero de 2019, se han realizado las pertinentes correcciones y se ha comenzado la compilación de los documentos definitivos, conteniendo los comentados protocolos de actuación y algunos algoritmos de decisión.
Para este año 2019 queda una tercera fase de abril a octubre del presente, en la que quedará definitivamente constituido el documento consensuado para el SUBPROCESO DE POSTOPERATORIO Y ALTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR y se comenzará su aplicación registrando los indicadores de calidad asistencial enunciados en el apartado siguiente.
Finalmente la cuarta fase, que contemplará años sucesivos, está dedicada a seguimiento de la aplicación eficaz de estos protocolos y a la evaluación anual de los referidos indicadores asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como fruto del trabajo interdisciplinar de los servicios clínicos implicados, durante las seis reuniones de trabajo en este último año y el esfuerzo individual de cada miembro del Subproceso, se han elaborado los siguientes documentos de protocolización, en su mayoría apoyados en guías clínicas de actuación de cada una de las especialidades intervinientes y representativos de la actividad asistencial de cada unidad, en el paciente intervenido de cirugía cardiovascular:
1. PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADOS DE VÍAS CENTRALES
2. PROTOCOLO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA
3. ENFOQUE DEL SÍNDROME FEBRIL EN EL POSTOPERATORIO
4. PAPEL DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL SUBPROCESO
5. IMPACTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL POSTOPERATORIO
6. PROTOCOLIZACIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA POSTOPERATORIA
7. EVALUACIÓN, CONTROLES POSTOPERATORIOS Y REQUERIMIENTOS AL ALTA
8. ALGORITMOS DE DECISIONES NO RUTINARIAS
9. CRITERIOS DE REINGRESO EN UCI TRAS LA CIRUGÍA
10. EVALUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE INTERVENIDO
Paralelamente hemos establecido como indicadores de calidad de este proyecto los que enunciamos a continuación:
1. INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA
2. GRADO DE DOLOR POSTOPERATORIO PERCIBIDO POR EL PACIENTE
3. PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO TRAS LA CIRUGÍA
4. TASA DE REINGRESO EN UCI
5. MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PLANTA
6. INCIDENCIA Y TIPOS DE INFECCIÓN EN EL POSTOPERATORIO
7. ESTANCIA EN PLANTA Y POSTOPERATORIA TOTAL
8. EVALUACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA
9. SOBREVIDA AL AÑO DE LA CIRUGÍA
10. INTEGRACIÓN LABORAL POSTOPERATORIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La primera lección aprendida es que la dinámica de grupo y la implicación de cada profesional en este Subproceso, se convierte en una herramienta de gestión que tendrá un impacto relevante en una asistencia cada vez más eficiente.
La siguiente conclusión es que todo este esfuerzo añadido a las tareas asistenciales, debe ser suficientemente reconocido y apoyado desde las instancias directivas pertinentes, porque esta forma de trabajar debe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

constituirse en el patrón oro de todo actividad asistencial, en permanente revisión y con vocación de mejora continua.
Aspiramos a seguir cumpliendo con el cronograma que nos hemos impuesto y obtener resultados contrastables de nuestras propuestas en la frontera de 2020, sólo así podremos evaluar de forma precisa el impacto de nuestras propuestas en la calidad percibida por el paciente, en la optimización de los costes derivados de su asistencia y en el beneficio social tras la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1231 ========== ***

Nº de registro: 1231

Título
PROTOCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Autores:
FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, MATAMALA ADELL MARTA, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, LARENA SANCHEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución técnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raiz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.
Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").
Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continua con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la protocolozación de distintos aspectos del postoperatorio de CCV del adulto, pretendemos los siguientes objetivos:
1. Minimizar la tasa de complicaciones en planta (infecciosas, cardiológicas, neurológicas, de heridas quirúrgicas, hematológicas).
2. Conseguir un mejor abordaje del dolor postoperatorio, factor clave en la recuperación postquirúrgica.
3. Movilización precoz y colaboración activa del paciente en su recuperación.
4. Reducir la estancia postoperatoria y sus costes.
5. Implementar un programa para fomentar la calidad percibida por parte de los pacientes, que transmita confianza y reconocimiento hacia la institución y sus profesionales.

MÉTODO
PRIMERA FASE:
1. Constitución de un grupo de trabajo multidisplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.
SEGUNDA FASE:
3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.
4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.
TERCERA FASE:
5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.
6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

INDICADORES
1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.
2. Control del dolor postoperatorio.
3. Evaluación y tratamiento del deterioro cognitivo postCEC.
4. Minimización de la tasa de reingreso en UCI tras cirugía, estableciendo un valor adecuado por debajo del 5%.
5. Análisis exhaustivo de infecciones postoperatorias mayores y menores, adoptando las medidas que nos permitan no exceder una cifra superior al 6% de los intervenidos.
6.Disminuir la estancia postoperatoria en planta para obtener una media inferior a 10 días.
7. Funcionamiento y toma de decisiones basadas en algoritmos.
8. Evaluación de la satisfacción y calidad percibida del paciente en el momento del alta hospitalaria.
9. Implementación de un programa de rehabilitación motora y respiratoria con continuidad tras el alta.
10. Coordinación con Cardiología extrahospitalaria para evaluar los indicadores a largo plazo (un año tras la intervención).

DURACIÓN
PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018
SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018
TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

Fecha de entrada: 28/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NIEVES
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
MATUTE MARISOL
MARTINEZ JOSE ANTONIO
DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla. Han participado los colaboradores del proyecto.

- Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria:
1) Organización de las 1as Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación de la delegación de ASIA en Zaragoza (Asociacion de pacientes con IF) . El título de las Jornadas : DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizó en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h . Se adjunta pdf del programa (Anexo 1).
2) Colaboración con el Gabinete de prensa del HUMS para la divulgación de las Jornadas en prensa y tv Aragon. Entrevista televisada en horario de noticias, realizada al dr Dobon y la dra Duque.
3) Participación en la mesa redonda de la presentación de ASIA en Barcelona. Se adjunta pdf del programa (Anexo 2).

- Recursos empleados
1) Quirófanos adjudicados para el procedimiento de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo): 16 procedimientos
2) Consulta específica de IF. A cargo de la Dra Duque y resto del equipo. Los casos se discuten en la Unidad.
3) Creación del grupo multidisciplinar con especialistas de Digestivo (Dr Javier Alcedo) y Rehabilitación (Dra Begoña Hidalgo).

- Cambios previstos en la oferta de servicios.
Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Tenemos ya 10 pacientes en espera.
Un efecto colateral es que muchos pacientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también de otros tratamientos al fomentarse la detección precoz del problema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Método de recogida de resultados:
1) Base de datos de la Unidad de Coloproctología (Numbers®)
2) Archivo compartido de programación de neuromoduladores con los técnicos de Medtronic.
3) Recogida prospectiva de datos (Anexo 3)

Bibliografía:
Matzel, KE. “Fecal Incontinente” . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196.

Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados
- Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15): 9 pacientes.
- Número de procedimientos en total: 16
8 test PNE (neuromodulación provisional): 7+ y 1-
7 neuromoduladores Interstim ® definitivos
1 re-colocación del neuromodulador Interstim ® que portaba la enferma.
- Protocolo preoperatorio y de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de vida, re-programaciones, etc) > 80% (70-90): 9 (100%)
- Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo: 8 pacientes (89%).
El estandar es conseguir una mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.
Una paciente no ha respondido al test del PNE y está previsto repetirlo en el 2019. Nota: Este tipo de test sirven como diagnóstico de la situación, que no siempre es mejorable. El test PNE es previo a la implantacion del neuromodulador definitivo Interstim® y los materiales no tienen coste en nuesro hospital. Solamente se factura el definitivo.
- Encuestas de satisfacción estandarizadas: 6 resultados sobresalientes (10/10), 2 notables (7/10), un test negativo (pendiente de repetición y colocación del neuromodulador definitivo si resulta +).
- Colaboración con asociación de pacientes de IF de la CA de Aragón: si (100%)
- Realización de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar: si (100%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra experiencia en 2018 viene a reafirmarnos en el camino iniciado en el tratamiento de la IF.
1) Al implementar la NMS se ha dado visibilidad al procedimiento en el Servicio de Cirugía y en el Hospital. Toda la Unidad de Coloproctología se ha implicado en el proyecto
2) Se ha mejorado en la organización interna de la Unidad y dado estructura formal al grupo multidisciplinario de IF con especialistas de Digestivo, Rehabilitación y Cirugía. En el futuro cabría incorporar a los radiólogos especializados ya que hemos detectado demoras importantes en los diagnósticos, sobre todo en las defecoresonancias.
3) Se ha colaborado con Atención primaria y con otros hospitales que nos han referido pacientes desde el HRV y el HCU Lozano Blesa. En este camino de la integración asistencial la IF es un buen modelo de colaboración multidisciplinar.
4) La colaboración con la asociación de pacientes ASIA ha fructificado en reuniones y contactos con pacientes y otros profesionales. Hemos empezado a trabajar considerando los aspectos subjetivos de nuestros pacientes y la demanda social en torno a la IF.
5) El tratamiento de la IF es un proceso complejo y que requiere disponer de algoritmos de diagnóstico y de decisiones terapéuticas. Además los pacientes requieren seguimiento continuado. Todo ello nos lleva afrontar en el futuro inmediato la creación del proceso formal de IF y aspirar a constituirnos como una Unidad de Suelo Pélvico Funcional.
6) Actualmente tenemos 10 pacientes en espera de NMS (Anexo 4).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1167 ========== ***

Nº de registro: 1167

Título
TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

Autores:
DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA, SANCHEZ NIEVES, SANTERO MARIA PILAR, MATUTE MARISOL, MARTINEZ JOSE ANTONIO, DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La Incontinencia Fecal (IF) se considera “la epidemia silente” porque está infradiagnosticada e infratratada. No disponemos de datos en Aragón pero podría afectar hasta al 2% de la población, con grupos poblacionales especialmente afectados: el 26% de las mujeres mayores de 50 años y el 40% de los pacientes ancianos frágiles.
La Unidad de Coloproctología del HUMS (Zaragoza) se formó en el 2015 en el procedimiento mínimimante invasivo de Neuromodulación Sacra (NMS) dentro del algoritmo diagnóstico-terapéutico de la IF. En este proyecto se pretende implementar está tecnología y contribuir a facilitar la gestión de la continuidad asistencial de estos pacientes para que puedan acceder a la NMS.

RESULTADOS ESPERADOS
5.1) Población diana: Población del Área II y, por extensión, población de la C.A. de Aragón que precise tratamiento de la IF con NMS.
5.2) Pacientes: Pacientes con IF que no responden a tratamiento conservador y precisan un abordaje quirúrgico de su problema.
5.3) Intervenciones:
Es importante gestionar la continuidad asistencial de los pacientes con IF favoreciendo su detección precoz

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

mediante la divulgacion en entornos de Atención Primaria. Y facilitar al paciente la ruta de pruebas complementarias hasta ofrecer un tratamiento personalizado.
En caso de precisarse un abordaje quirúrgico de la IF éste puede ser convencional (cirugía esfinteriana) o mínimamente invasivo (Neuromodulación de raices sacras).
5.4) Resultados:
Resultados primarios: Tratar un número de 10-15 pacientes por año mediante NMS y asegurar su seguimiento continuado.
Resultados secundarios: Establecer circuitos de acceso al tratamiento de NMS desde AP, especializada (Digestivo, Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición, etc) a Cirugía.

MÉTODO
6.1) Acciones previstas para lograr los objetivos: En la primera fase (2015-2017) se formaron los pioneros del equipo (Dra Duque y Dra sanchez) y se han completado dos años de experiencia exitosos en la técnica. En una segunda fase se formará al resto del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla.

6.2) Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria: Se han programado actividades de difusión sobre la IF y su tratamiento especializado que pretenden concienciar a pacientes y médicos de AP. Además de la difusión en prensa ya realizada en años anteriores se están organizando las 1ªs Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación delegación de ASIA en Zaragoza El título de las Jornadas es DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizan en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h .

6.3) Descripcion de los recursos previstos: Contamos con quirófanos adjudicados para el procedimeitno de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo). Contamos con consulta específica de IF. Además contamos con la colaboración multidisciplinar de Digestivo y Rehabilitación. Contamos con la infraestructura de Docencia para organizar las Jornadas y con el gabinete de prensa del HUMS para su divulgación.

6.4) Cambios previstos en la oferta de servicios. Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Un efecto colateral es que muchos apcientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también al fomentar la detección precoz del problema.

INDICADORES
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados
7.1) Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15)
7.2) Protocolo de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de vida, reprogramaciones, etc) > 80% (70-90)
7.3) Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.
7.4) Colaboración con asociacion de pacientes de IF de la CA de Aragón.
7.5) Realizacion de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar.

Bibliografia: Matzel, KE. “Fecal Incontinente” . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196

DURACIÓN
8.1) Formación del resto del equipo en NMS: 1 año
8.2) 1ªs Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet: 7 de junio 2018 de 16-18:30h .
8.3) Organización de la continudiad asistencial desde AP y especializada hasta HUMS: 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO SERRADILLA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO
BAJADOR ANDREU EDUARDO
PASCUAL BELLOSTA ANA
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
SANZ PARIS ALEJANDRO
DIEZ ALONSO MARIA ISABEL
MORATA CRESPO ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se lleva a cabo una reunión inicial para constitución del grupo de trabajo (junio 2018) y posteriormente 1 reunión mensual, dejando constancia mediante acta correspondiente.

Cronograma de actividades realizadas:
- Junio 2018: constitución del grupo.
- Julio-septiembre 2018: revisión bibliográfica de la evidencia ciencítifica en rehabilitación multimodal en cirugía pancreática.
- Octubre-diciembre 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática. Cada servicio elabora la parte de la guía correspondiente a sus competencias profesionales.
- Enero-febrero 2019: corrección de la guía y elbaoración de un diagrama de flujo de pacientes.
- Febrero 2019: presentación de la guía de rehabilitación multimodal en cirugía pancreática a todos los servicios implicados para comenzar la aplicación de la misma en marzo de 2019.
- Febrero 2019: elaboración de una base de datos conjunta para la monitorización de los pacientes a los que se les aplica la guía y comparar los resultados obtenidos con los pacientes de años previos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido elaborar la guía de rehabilitación multimodal en cirugía pancreática y la elaboración de la base de datos para monitorizar los pacientes incluidos. La incluisión de pacientes comienza en marzo de 2019. Los indicadores que se van a monitorizar son los siguientes: hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones médicas.
Estos indicadores serán comparados con los resultados previos de los años 2015-2017 proporcionados por Control de Gestión del HUMS y el Servicio de Documentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los obejetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de esta guía son: a) disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10%, b) disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media de un 10%, c) disminución de la mortalidad un en cirugía pancreática, d) aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos.
En análisis de la bibliografía existente ha permitido al grupo de trabajo implementar una guía basada en la identificación de las dificultades existentes en nuestro centro, permitiendo buscar soluciones a las mismas y adaptando dicha guía a las condiciones locales. Ello nos ha permitido establecer un flujo de pacientes eficaz y rápido para identificar a estos pacientes desde el primer momento y realizar las acciones oportunas para conseguir una prehabilitación físca y nutricional adecuada antes de la cirugía y un mejor control de las complicaciones postoperatorias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1284 ========== ***

Nº de registro: 1284

Título
GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Autores:
SERRADILLA MARTIN MARIO, SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO, BAJADOR ANDREU EDUARDO, PASCUAL BELLOSTA ANA, TORO NUÑEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

MAXIMILIANO, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, SANZ PARIS ALEJANDRO, DIEZ ALONSO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cirugía HBP es una área de la cirugía con una morbimortalidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de RMM supone una disminución de esta morbimortalidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una diminución de los costes sanitarios. Actualmente se realizan 200 cirugías de este tipo anualmente en el Hospital Miguel Servet. La alta prevalencia de complicaciones condiciona largas estancias postoperatorias y un importante consumo de recursos. La sistematización del proceso perioperatorio conlleva mejores resultados a corto plazo, menor consumo de recursos y una más rápida y mejor recuperación para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria facilitados por Control de Gestión del HUMS.
- Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basada en la evidencia científica existente.
- Difusión de las guías a los distintos servicios implicados.
- Implementación de dichas guías en la práctica clínica.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Fomentar la publicación de los resultados en revistas médicas.
- Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
- Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media al menos un 10%.
- Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
- Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos por patología HBP.

MÉTODO
- Constitución del grupo.
- Análisis de la morbilimortalidad en cirugía HBP de 2017.
- Revisión blibliográfica de la evidencia científica.
- Elaboración de la Guía de RMM en cirugía pancreática y hepática.
- Difusión de las guías en sesiones clínicas.
- Aplicación de la guía de RMM.
- Elaboración de base de datos prospectiva y recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía a los 6 meses y al año de la puesta en marcha.

- Comunicación de los resultados a los servicios implicados.
- Publicación de los resultados en revistas de impacto.

INDICADORES
CIRUGÍA PANCREÁTICA:
Hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
HEPATECTOMÍA
Hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
Fuente de datos: Control de Gestión del HUMS.
Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%; mortalidad < 10%.
Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%; mortalidad < 2-3%.

DURACIÓN
- Jun 2018: constitución del grupo.
- Jul-sept 2018: revisión de la bibliografía.
- Oct-Nov 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
- Dic 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.
- En 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
- Abr-may 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

- May-jun 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
- Jul 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
- Ene-feb 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
- Jun-jul 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1392

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MIGUEL ROMEO CARMEN
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LEGASA PEREZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Confección de hoja informativa para el paciente en el que consta de forma clara, concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido. Se asocia adendum en el que se hace notar las actitudes activas que debe tomar tras las pruebas. Con el documento se informa al MAP de su diagnóstico en proceso, y se facilitan teléfonos de contacto. Se utulizan los recursos materiales habituales (fotocopias y papel) y humanos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido satisfactorios, cumplimentándose en la totalidad de los casos y objetivándose una ausencia de pérdida de pacientes durante la activación del protocolo de diagnóstico rápido. Se objetivaron llamadas telefónicas sobre dudas y sobre adelanto de fechas de consulta por pruebas realizadas con anterioridad a lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El exceso de información administrada al paciente y la premura de las pruebas diagnósticas en el contexto de una sospecha diagnóstica de malignidad transmitida, hace que el paciente no memorice los datos de forma correcta, por lo que se facilita todo por escrito y se le dan armas de actitud activa para solucionar los posbiles problemas de comunicación y seguimeinto, valorándose en su conjunto como muy positivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1392 ========== ***

Nº de registro: 1392

Título
CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, DELSO GIL ELENA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
1.- En nuestra especialidad el diagnóstico clínico de la patología oncológica es vital.

2.- Cuando el paciente es valorado en consulta externa, suele proporcionársele cita urgente para realización de biopsia que confirme el diagnóstico de sospecha.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1392

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

3.- En otras ocasiones se realiza una biopsia de lesión a priori no sospechosa, pero durante el acto quirúrgico se modifica el criterio y se decide activar el protocolo de diagnóstico urgente.

4.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia.

5.-, Por todo lo anterior pretendemos establecer un seguimiento interno de estos pacientes independientemente de las actitudes activas que se les recomiendan.

RESULTADOS ESPERADOS
1. TOMA DE REGISTRO DE NOBRE Y DATOS DEL PACIENTE DIANA, ASOCIANDO FECHA Y CIRUJANO QUE REALIZA LA TOMA
2. TRAZABILIDAD Y ACCESO PERMANENTE POR NUESTRO SERVICIO A LA HISOTIRA CLINICA FISICA DEL PACIENTE
3. ASEGURAR QUE EL PACIENTE TIENE CITA PARA RECEPCIÓN DE RESULTADOS
4. CONTROL DE RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS Y RECLAMACIÓN DE LOS MISMOS SI EL RITMO NO ES PROCEDENTE
5. ADELANTAMIENTO DE CITA DE RESULTADOS SI ES PRECISO

MÉTODO
- Se procederá a la realización de un registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica
- El personal del quirófano de locales contactará con administrativos de consulta para confirmar cita de recepción de resultados y permita control de historia clínica física
- Se procederá a contactar con Servicio de Anatomía Patológica si el tiempo de resultados de muestra urgente no son los estimados
- Se procederá a adelantar cita al paciente con resultados positivos de ser preciso.

INDICADORES
Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la pertinencia y opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

DURACIÓN
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2018 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1393

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSITCO RAPIDO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MIGUEL ROMEO CARMEN
LEGASA PEREZ ISABEL
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica, tanto en quirófano de locales, como en consulta externa. Se realiza seguieminto de la biopsia y se contacta con el servicio de Anatomía Patológica si los tiempos son excesivos, y se adelantan las citas a los pacientes de ser preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados son óptimos, permitiendo el control de los pacientes con sospecha oncológica, y asegurando que no se extravía el paciente ni se exceden los tiempos diagnósticos o de citas de resultados. De esta forma, no hemos pasado por alto ningún diagnóstico de sospecha clínica y hemos disminuído tiempos de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control interno permite hacer seguimiento de los tiempos de espera de biopsias, radiologías y consultas, y adherencia del paciente a las revisiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1393 ========== ***

Nº de registro: 1393

Título
HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, DELSO GIL ELENA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
1.-El paciente oncológico accede a nuestro Servicio desde distintas vías: derivación de médico de atención primaria, derivación de otro especialista, derivación por odontólogo o autoderivación desde Servicio de Urgencias.

2.- En numerosas ocasiones, el paciente se ve inmerso en una espiral de pruebas diagnósticas complejas y una dinámica de trabajo que les es ajena y complicada de entender.

3.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1393

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSITCO RAPIDO

4. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento, por mala comprensión de citas, pérdida de visitas por no comprender la gravedad de su problema, con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia

RESULTADOS ESPERADOS
1. ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN BASICA POR ESCRITO QUE PERMITA AL PACIENTE SER CONSCIENTE DEL RITMO DE URGENCIA DIAGNÓSTICA QUE SE ACTIVA POR SU PATOLOGÍA
2. CALENDARIO DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS
3. DINÁMICA DE CITAS DE LAS PRUEBAS
4. ACTITUDES ACTIVAS A TOMAR TRAS LAS PRUEBAS
5. TELEFONOS DE CONTACTO PARA DUDAS
6. COMUNICACIÓN FISICA PARA QUE SU MAP PUEDA CONOCER LA SITUACIÓN Y SUPERVISAR AL PACIENTE CON MALA ADHERENCIA TERAPEUTICA

MÉTODO
- Se procederá a la confección de una hoja informativa para el paciente en el que conste de forma clara concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido
- Se realizará un adendum en el que se haga notar las actitudes activas que el paciente debe tomar tras las pruebas (comunicar al personal de la consulta la realización de aquellas que por la urgencia no tengan dia asignado al dia de activación de la vía de diagnóstico rapido)
- Se recomendará enseñar el documento al MAP para que sea conocedor del protocolo que se activa y permita tomar actitud paternalista de ser preciso
- Se facilitarán teléfonos para acceso a más información o comunicación de incidencias.

INDICADORES
Se procederá a la evalucación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

DURACIÓN
Se procederá a la evalucación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER
POLO PELLICENA MARCOS
CALVO LOPEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONSENSO CON EL Sº DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (REALIZADO).

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (REALIZADO).

ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMARÍA (PENDIENTE ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA PARA NUEVO PERSONAL)

MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (ADMITIDA LA ACTUALIZACIÓN PERO PENDIENTE DE ENTREGA)

CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO)

INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (REALIZADO).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DICHOS RESULTADOS SE HAN OBTENIDO REVISANDO NUESTRA BASE DE DATOS INTERNA DE LA UNIDAD ADEMÁS DEL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, LOS LIBROS DE QUIRÓFANO Y PLANTA Y LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 8/117
Nº DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 22 PACIENTES
ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

EL RESULTADO ES SATISFACTORIO AUNQUE PRETENDEMOS MEJORARLO AUMENTANDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS A REALIZAR.
EN LAS REVISIONES EN CONSULTA NO HEMOS OBJETIVADO DIFERENCIAS TANTO EN DOLOR COMO EN EVOLUCIÓN POSTERIOR RESPECTO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS CON INGRESO.
NO HEMOS REQUERIDO EN NINGÚN CASO DEL INGRESO EN PLANTA TRAS LA CIRUGÍA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO SUPONE UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO EN PLANTA Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPONE TANTO PARA ÉL COMO PARA SU ENTORNO. ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.
DURANTE ESTE AÑO SE HA DISMINUIDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS RESPECTO A AÑOS ANTERIORES POR MOTIVOS QUE EXPLICARÉ EN EL SIGUIENTE APARTADO, PERO PESE A ELLO EL NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE MÁS DE 6 MESES HA DISMINUIDO POR LO QUE LOS OBJETIVOS SE SIGUEN CUMPLIENDO EN ALGUNA MEDIDA.
EL OBJETIVO ES PODER REALIZAR 2 CIRUGÍAS DE ESTE TIPO POR SESIÓN QUIRÚRGICA, ADEMÁS DE OTRAS MENORES, Y PODER INCORPORARLAS AL TURNO DE TARDE SI ÉSTE VUELVE A IMPLANTARSE.

7. OBSERVACIONES.
DURANTE ESTE AÑO 2018 HAN ACAECIDO DISTINTOS ACONTECIMIENTOS QUE HAN ALTERADO EL CURSO “NORMAL” DEL PROYECTO PERO NO LO HAN ALTERADO EN GRAN MEDIDA:

- UN MIEMBRO DE NUESTRA UNIDAD CAUSÓ BAJA POR LO QUE TUVIMOS QUE REEVALUAR MÚLTIPLES PACIENTES DILATANDO ASÍ LA LISTA DE ESPERA.
- NUEVAMENTE HUBO TRASLADOS EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA CON EL CONSIGUIENTE PERIODO DE FORMACIÓN QUE SUPUSO PARA ELLAS.
- EL NÚMERO DE QUIRÓFANOS DE CSI QUE NOS FUE ASIGNADO TAMBIÉN FUE INFERIOR, PERO LO INTENTAMOS SUBSANAR DERIVANDO PROCESOS MENORES A LA SALA BLANCA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

- LA DERIVACIÓN A CLÍNICAS PRIVADAS DE NUESTROS PACIENTES HA SIDO IMPORTANTE. LOS PACIENTES QUE SE DERIVAN SON FUNDAMENTALMENTE LOS SUBSIDIARIOS DE CIRUGÍA EN CSI, YA QUE LOS CASOS MÁS COMPLEJOS SON HABITUALMENTE RECHAZADOS Y LOS REALIZAMOS NOSOTROS EN EL QUIRÓFANO CONVENCIONAL. POR ESTE MOTIVO EL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS EN CSI ES MENOR PROPORCIALMENTE ESTE AÑO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/26 ========== ***

Nº de registro: 0026

Título
AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:
CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI
RODA ROJO VICTOR
PEREZ JIMENO NURIA
LOPEZ SUBIAS JORGE
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras una amplia revisión bibliográfica y revisión de bases de datos, se creó un protocolo de prevención secundaria de la osteoporosis de inicio al alta hospitalaria, de acuerdo con los componentes del Proceso de Fractura de Cadera del Anciano; consistente en suplementos de calcio y vitamina D y un antirresortivo añadido.
Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses previsto, recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.
Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento antes mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se cuantificaron un total de 142 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 7.7% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento anteriormente descrito, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta.
Durante el periodo de seguimiento 23 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimento farmacéutico. De lo restantes pacientes, a los 6 meses de alta el 45.37% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 25.21% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 29.41% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado.
Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de

adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento; por lo que convendría estudiar las razones de este fenómeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/483 ========== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico.
Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento.
Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad.
Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral.
Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria.
Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES
Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN
Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tatamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de numero de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

```
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGULO TABERNERO MARINA
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La principal actividad quirúrgica en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos películas es y barras metálicas y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. En la mayor parte de los casos en estas cirugías es necesaria la ampliación del canal lumbar mediante la retirada del arco posterior de la vértebra y la liberación de las raíces nerviosas y elementos neutrales, esto es lo que definimos como descompresión.

El objetivo del trabajo planificado en 2016 (Z2 HOSP 500021 2016_0787A) era determinar las necesidades reales de transfusión en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles con el fin de reducir el número de concentrados de hematíes que de forma prequirúrgica se reservan para la realización de la cirugía.

Tras un año de trabajo no se encontraron diferencias en la necesidad de transfusiones en los pacientes intervenidos de artrodesis de tres y cuatro niveles, apareciendo otros factores que si podían determinar una mayor necesidad de transfusión destacando en especial el número de niveles a descomprimir, lo que nos hizo reorientar el proyecto y prolongar el estudio un año más.

Durante este último año, hemos continuado la recogida de pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbosacra con tres y cuatro niveles de fijación.

Pára la recogida de datos se creó una base de Acces y posteriormente los datos fueron exportados a un archivo de Excel para su estudio.

De cada uno de los pacientes clasificado por su número de historia, se ha generado una tabla de Excel en la que se recogen datos de cada uno como edad, sexo, diagnostico, número de niveles fijados, número de niveles descomprimidos, valores de hematocrito (Hto) y hemoglobina (Hb) prequirúrgico y a las 24h postoperatorio, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos. Así mismo se recogieron otros datos como patologías del paciente o tratamientos que pudieran condicionar un mayor sangrado y un apartado de observaciones en el que anotar incidencias de la cirugía que aumentasen la hemorragia intraoperatoria.

Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2018 con una diagnóstico o indicación quirúrgica lo más homogénea posible excluyendo aquellos casos que pudieran ser más discordantes por diagnóstico y procedimiento, hasta obtener una muestra de 100 pacientes.

Una vez recogidos los datos, se ha realizado una valoración de la variación de las cifras de hematocrito y de hemoglobina cuantificando el descenso medio de las mismas.

Posteriormente para la valoración de los datos se han establecido diferentes grupos de los pacientes, clasificándolos de la siguiente manera: Grupo por sexo, grupo por niveles de fijación, grupo por niveles de ampliación, grupo por niveles de fijación y ampliación, grupo de pacientes transfundidos.

A partir de estos grupos se han obtenido los resultados que a continuación presentamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sobre un total de 100 pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbar con una fijación de tres y cuatro niveles, el diagnóstico principal ha sido el de estenosis de canal con 82 pacientes seguido de 12 casos de síndrome de estenosis de nivel adyacente y 6 revisiones quirúrgicas por pseudoartrosis.

Del total de 100 pacientes 58 son hombres y 42 mujeres con una mediana de edad en el grupo total de 65 años (32-82).

Hemos observado que la diferencia entre el hematocrito preoperatorio y el postoperatorio desciende una media de 11,45%, al mismo tiempo que los valores de hemoglobina descienden una media de 3.73 g/dL. Tan solo 12 pacientes presentan cifras de hemoglobina preoperatoria iguales o inferiores a 13,00 g/dL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

En el grupo total, tan solo han sido necesarias 7 transfusiones (7%) de los pacientes con un total de 10 concentrados de hematíes. Las variaciones analíticas presentadas en este grupo fueron muy superiores a las de la media de la muestra con un descenso del 15,06% de hematocrito y de 4,56g/dL en Hb.

También se ha observado que en ninguno de los casos que ha sido necesaria la transfusión esta se ha realizado de forma urgente, es decir, durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato, sino que que se han realizado en base a analíticas realizadas a las 24h post cirugía.

Cuando realizamos una distribución por sexo, no encontramos diferencias significativas en el número de transfusiones entre hombre y mujeres con 3 y 4 transfusiones respectivamente, aunque, el descenso de hematocrito y hemoglobina ha sido mayor en los hombres (11,9% - 4,01g/dL) que en las mujeres (10,84% - 3.35g/dL).

Si seguimos una distribución por niveles de fijación, se observa que, el mayor número de cirugías corresponde a las de 3 niveles de fijación con 67 pacientes frente a los 33 de cuatro niveles. Si atendemos a la variación de las cifras analíticas encontramos que en ambos casos se separan muy poco de la media global, estando las de 3 niveles ligeramente por debajo (-11,25% y -3.64g/dL), mientras que las de 4 niveles se encuentran algo sobre la media (-11,86% y 3,92g/dL).

Al estudiar esta distribución llama la atención que el número de transfusiones es similar en ambos grupos cuando el número de pacientes es el doble en uno que en otro. Así, encontramos que en los 67 pacientes con fijación a tres niveles han precisado 4 transfusiones mientras que en 33 pacientes con 4 niveles de fijación han precisado 3 transfusiones. Esto nos puede hacer plantear que a mayor número de niveles fijados puede ser necesarios mayor número de transfusiones.

Mucho más llamativos son los resultados cuando realizamos una clasificación en función de niveles de ampliación. Así, los grupos con solo fusión sin ampliación (4 pacientes) y los de fusión con 1 nivel de ampliación (26 pacientes) en ningún caso han precisado de transfusión

postoperatoria presentando unos valores de descenso de hematocrito y hemoglobina por debajo de la media del grupo total.

Cuando valoramos el grupo de 2 niveles de descompresión encontramos que es el más numeroso con 52 pacientes y que las cifras medias de descenso en los valores analíticos están muy próximos a la media del grupo con Hto -11,38% y Hb -3,72g/dL precisando un total de 4 transfusiones.

En el caso del grupo de 3 niveles de descompresión con 18 pacientes presentan cifras analíticas muy superiores a la media con Hto -13.87% y Hb -4,34g/dL precisando 3 transfusiones. Esto nos hace pensar que las descompresiones a tres niveles son más agresivas, de más duración y con mayor riesgo de sangrado.

Esto nos resulta indicativo de que es el número de niveles a descomprimir el que condiciona el sangrado y por lo tanto la necesidad de reservar sangre para la cirugía.

Finalmente agrupamos los pacientes por niveles de fijación y de ampliación apreciando que no han sido necesarias transfusiones en ninguno de los pacientes que se han fusionado a tres y cuatro niveles y no se ha realizado ampliación del canal raquídeo o solo se ha ampliado un nivel.

En estos 4 grupos se reúnen un total de 30 individuos con una media de descenso en los valores analíticos inferiores a la media entorno a descensos de 10,50% de Hto y 3,4g/dL de Hb.

Los resultados más interesantes aparecen al estudiar los grupos de dos y tres niveles de descompresión. El grupo más numeroso es el de tres niveles de fijación y 2 de ampliación, el tipo de cirugía más frecuente. Este grupo ha presentado un descenso de Hto de 11.29% y de Hb de 3,66 valores muy próximos a la media del grupo, siendo necesaria la transfusión en dos casos.

Si lo comparamos con el siguiente grupo tres niveles de fijación y tres niveles de descompresión, observamos que con casi cinco veces menos de población, ocho pacientes, han precisado el mismo número de transfusiones, 2, con un descenso en la analítica por encima de la media, 13,65% de Hto y 3,83g/dL de Hb. Lo que nos lleva a pensar que el factor realmente importante en la necesidad de transfusión es el número de niveles descomprimidos.

Algo similar ocurre en el grupo de fijación a cuatro niveles. En aquellos que han precisado descompresión a dos niveles, 13 pacientes, ha sido necesaria la transfusión en un caso. El descenso medio en los controles analíticos ha sido de -11,62% Hto y -3,91 g/dL Hb, valores ligeramente por encima de la media.

Del mismo modo en los 10 pacientes que han precisado una cirugía de fijación a cuatro niveles con descompresión de tres niveles, los descensos analíticos medios han sido de -14,05% Hto y de -4,75 g/dL Hb, valores muy superiores a la media y que han condicionado la necesidad de transfundir en dos casos.

Dado que el grupo de pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, es la cirugía más frecuente y por lo tanto el grupo más representativo y debido a que sus variaciones analíticas se encuentran muy próximas a la media, junto a que en ningún caso se ha precisado realizar la transfusión de forma urgente e independientemente del número de niveles a fusionar la reserva de concentrados de hematíes de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

prequirúrgica puede ser necesaria en aquellos pacientes que presenten valores analíticos preoperatorios bajos.

Así para establecer el valor analítico mínimo preoperatorio para realizar la reserva de sangre preoperatoria, consideramos la diferencia analítica entre el valor de la hemoglobina preoperatoria de cada paciente y el descenso medio de hemoglobina obtenido en el estudio con -3,73g/dL, pudiendo determinar como valor analítico mínimo para no reservar sangre de forma preoperatoria los 13 g/dL de Hb.

Tampoco hemos podido encontrar relación con la toma de medicación antiagregante o anticoagulante por parte de los pacientes ni con la presencia de patologías de base que pudieran condicionar un mayor sangrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Atendiendo a los resultados presentados en el apartado anterior podemos decir que:

1.- Consideramos que el principal factor a tener en cuenta a la hora de realizar transfusiones sanguíneas en pacientes con cirugía de ampliación y fijación lumbar ha de ser el del número de niveles a descomprimir. Esto se debe a que la ampliación condiciona mayor duración de la intervención, cirugías más agresivas y por lo tanto mayor sangrado.

2.- No consideramos necesaria la reserva de sangre en pacientes subsidiarios de cirugía de columna lumbar que no precisen ampliación del canal lumbar o solo la requieran en un único nivel. Esto se debe a que las variaciones analíticas medias se encuentran por debajo de la media del grupo total y en el estudio no han precisado ninguna transfusión.

3.- Consideramos Necesaria la reserva de sangre en todos los pacientes subsidiarios de una cirugía que suponga una ampliación de tres niveles, independientemente del número de niveles a artrodesis. Es este grupo el que presenta mayor descenso en las cifras analíticas y el que más reservas de hematies ha consumido.

4.- En los pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, independientemente del número de niveles a fusionar consideramos necesaria la reserva de sangre preoperatorio si presentan un valor de Hb en la analítica preoperatorio igual o inferior a 13 g/dL.

5.- Si seguimos estas consideraciones tan solo hubiera sido necesario reservar concentrados de hematies en 11 casos que presentan cifras de Hb preoperatoria menor o igual de 13 g/dL y son subsidiarios de cirugías de ampliación a dos y tres niveles. Esto hubiera conllevado un importante ahorro tanto en recursos económicos como humanos.

7. OBSERVACIONES.
Para el desarrollo y puesta en marcha de este proyecto es necesaria la aceptación y colaboración por parte del servicio de anestesia, tanto para la preparación de los pacientes con sus protocolos de optimización como para determinar necesidades especiales en algún paciente y ser planteado como un protocolo clínico consensuado y aprobado por la dirección del centro.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/787 ========== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA
La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable perdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hematíes.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el numero de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MÉTODO
Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadídtico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES
Los indicadores a controlar serán:

1.- Número de concentrados transfundidos.

2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.

4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.

5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN
Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES
En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0871

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCHE ALBERO ADRIAN
GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
YUSTE BENAVENTE VALENTIN
JORDAN PALOMAR ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de comunicación específico entre los miembros del grupo de trabajo, lo que permitió el conocimiento casi instantáneo de los casos clínicos por los cirujanos que debían tratarlos. Asimismo, se llevaron a cabo las reuniones planificadas para discutir los detalles de cada caso particular, tanto respecto al tipo de tratamiento que se requería, ya fuese quirúrgico o no, como respecto al momento y lugar idóneo de la intervención quirúrgica, en función de si se necesitaba un tratamiento mayormente traumatológico o de reparación de partes blandas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 12 pacientes fueron atendidos por el grupo de trabajo multidisciplinar, con un tiempo de interconsulta en todos los casos inferior a 48 horas. Seis pacientes pertenecían inicialmente al servicio de Traumatología y uno al de Cirugía Plástica; habiendo sido derivados de otros centros cinco. En seis pacientes se solicitaron pruebas diagnósticas adicionales, como angioTAC.
Un paciente fue tratado mediante terapias no quirúrgicas, con curas programadas por el servicio de Cirugía Plástica o terapia de vacío; y 6 requirieron una intervención quirúrgica conjunta para tratar los problemas de cobertura en el mismo acto que las fracturas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto se ha objetivado el alto número de casos complejos que el Hospital Miguel Servet recibe, y la dificultad para su tratamiento en conjunto. El tiempo de atención al paciente ha mejorado susceptiblemente respecto al sistema anterior de hojas de interconsulta, que no garantizaban un tiempo mínimo hasta la consulta ni un seguimiento adecuado por el mismo grupo de profesionales. Asimismo, la creación de este grupo ha facilitado la coordinación entre dos servicios muy diferentes para la realización de intervenciones conjuntas, cosa que siempre es complicada sin la implicación directa de los médicos responsables.
Por todo esto, creemos que las actividades realizadas por este grupo de trabajo han sido beneficiosas tanto para el paciente, acortando tiempos de espera y consensuando tratamientos, como para el hospital, minimizando el período de ingreso y facilitando la coordinación interdepartamental.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/871 ========== ***

Nº de registro: 0871

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, ROCHE ALBERO ADRIAN, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, YUSTE BENAVENTE VALENTIN, JORDAN PALOMAR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0871

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Hospital Miguel Servet, dado su volumen de pacientes e importancia como hospital de referencia, recibe gran cantidad de pacientes con traumatismos óseos que además asocian lesiones graves de tejidos blandos. Por otro lado, el servicio de Cirugía Plástica recibe pacientes trasladados de otros centros para tratamiento de lesiones de partes blandas que asocian lesiones óseas que requieren de tratamiento por parte del servicio de Traumatología. La particular patología de estos pacientes hace que hayan de ser tratados por ambos servicios ya sea de forma simultánea en la misma intervención quirúrgica o de manera escalonada, con la dificultad que conlleva respecto a organización de quirófanos y personal por ambos servicios. Por otro lado, los cuidados postoperatorios de las lesiones de tejidos blandos influyen muchas veces en el seguimiento habitual y evolución de las lesiones óseas.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende crear un grupo de trabajo mixto entre componentes de la unidad de Fracturas y cirujanos plásticos especializados en miembro inferior para optimizar el estudio y tratamiento de estos pacientes, coordinando las intervenciones quirúrgicas necesarias en el menor tiempo posible, para así reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes, que muchas veces se alarga por la solicitud de pruebas diagnósticas adicionales y la dificultad respecto a la disponibilidad de quirófanos.

MÉTODO
Con este proyecto se pretende:
-Evaluación precoz de los pacientes ingresados en uno de los servicios por los especialistas del otro, en un máximo de 48 horas.
-Reuniones periódicas según dicte la idiosincrasia de los pacientes, pero con un mínimo de dos al mes, para el estudio detallado de los casos y valoración de su evolución.
-Discusión y en su caso, petición de pruebas diagnósticas adicionales desde el momento de su evaluación inicial para disminuir la estancia hospitalaria.
-Discusión del mejor momento para el tratamiento de cada una de las lesiones para planificar las intervenciones quirúrgicas y optimizar la ocupación de quirófanos, decidiendo si es más adecuado realizarse en el quirófano de Cirugía Plástica o Traumatología en función de las lesiones a tratar y la terapéutica a llevar a vabo.
-Puesta en común de la posible evolución de las lesiones para optimizar el tratamiento al alta.

INDICADORES
-Número de pacientes que cumplen el perfil antes expuesto.
-Número de pacientes en que se realizó evaluación precoz.
-Tiempo de demora entre el ingreso y la petición de las pruebas complementarias.

DURACIÓN
Inicio: Septiembre 2018
Final: 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 - 2018/1100

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO
GOMEZ BLANCO ANDRES
GARCIA CALVO VERONICA
AGUILAR EZQUERRA ANDRES
LALLANA DUPLA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO UN GRUPO PARA IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS., CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN IDENTIFICADO Y CLASIFICADO LOS PRINCIPALES PROCESOS TRAUMATOLOGICOS ATENDIDOS EN URGENCIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COLABORACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGIA HA RESULTAQDO DIFICIL, LO MISMO QUE LA RECOGIDA DE LAS PATOLOGÍAS TRAUMATOLOGICAS ATENDIDAS EN URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.
NINGUNA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1100 ========== ***

Nº de registro: 1100

Título
OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER, LALLANA DUPLA JOSE JAVIER, GARCIA CALVO VERONICA, GOMEZ BLASCO ANDRES, AGUILAR EZQUERRA ANDRES, MONGE VAZQUEZ MARIA EUGENIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
EXISTE UNA SOBRECARGA EVIDENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS, CON AMPLIA VARIABILIDAD EN CUANTO A SUS DIAGNOSTICO, GRAVEDAD Y PROBLEMÁTICA SOCIAL. SIENDO EN MUCHOS CASOS ESTA VÍA LA ELEGIDA POR LOS PACIENTES COMO VÍA RÁPIDA DE ACCESO A COSULTAS PARA EVITAR LAS LARGAS DEMORAS DEL SISTEMA EXISTENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAR UN SSITEMA DE IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES ENTRE URGENCIAS Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUAMTOLOGÍA QUE OPTIMIZE EL TRATAMIENTO DE LOS MISMOS EN BASE A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

MÉTODO
SE ESTABLECERÁ UNA COMISIÓN DE CALIDAD CON LA PARTICIPACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, Y ADMISIÓN SIN DESCARTAR LA PARTICIPACIÓN DE ATENCION PROMARIA SI FUERA PRECISO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1100

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS.
CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.
SEGUIMIENTO SEMANAL DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES Y POSTERIORMENTE MENDSUAL DEL FUCIONAMIENTO DE DICHO PROTOCOLO.
CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL
CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE TRAUAMTOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DERIVADOS DE URGENCIA
CONCRITERIOS DE ATENCIÓN ESPECÍFICA (FRACTURA RADIO, FRACTURA HÚMERO, FRACTURA MANO…)
CREACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL CON COLABORACIÓN DE TRABJADORES SOCIALES Y ATENCIÓN AL PACIENTE

INDICADORES
-PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS NO CONSIDERADO EL EPISODIO COMO URGENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO
- PACIENTES DERIVADOS A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA INCORRECTAMENTE SEGÚN PROTOCOLO ELABORADO
-SEGUNDAS VISITAS EN URGENCIAS
-PACIENTES INCLASIFICABLES
-PACIENTES QUE NO ACUDEN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA TRAS LA DERIVACIÓN DESDE SERVICIO DE URGENCIAS
-PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA
-PACIENTES ATENDIDO EN URGENCIAS POR PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL NO MÉDICA

DURACIÓN
3 MESES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA COMISIÓN INTEGRADA POR SERVICIO DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGÍA, ADMISIÓN Y POSIBLEMENTE ATECIÓN PRIMARIA PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS, ELABORAR PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA Y CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS
TRES MESES POSTERIORES PARA CREACIÓN DE CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CONTENIDO ESPECÍFICO (PATOLOGÍA TRAUMATICA ESPECIFICA POR SEGÚN EL TIPO DE FRACTUA, PATOLOGIA CON PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL…)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA ANGULO TABERNERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA JIMENEZ DIEGO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
CHARLEZ MARCO ALFREDO
RODRIGUEZ VELA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad quirúrgica principal de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos pediculares y barras y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. La colocación de estos tornillos durante la intervención se realiza con referencias anatómicas bajo control de escopia intraoperatoria. De manera rutinaria en el control postoperatorio se realiza una radiografía simple en proyecciones anteroposterior y lateral.

En ocasiones debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad vertebral la colocación de los implantes puede ser inadecuada, siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnósticas (como radiografías adicionales, RMN y TC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención. La tasa de mal posicionamiento de tornillos con escopia 2D ronda el 5,16%.

El O-ARM es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

El objetivo del trabajo era evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones.

Durante este año hemos recogido en una base de datos Excel, las cirugías de artrodesis realizadas con escopia 2D y O-ARM. De cada uno de los pacientes, codificados con su número de historia clínica, se recogieron datos demográficos como edad, sexo, diagnostico, numero de niveles fijados y descomprimidos, ciáticas iatrogénicas, pruebas postoperatorias extras y necesidad de reintervención para retirada o recolocación de los tornillos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde 1 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2018 observándose los siguientes resultados.

Se intervinieron un total de 201 pacientes de artrodesis de columna lumbar durante 2018. El 58% eran varones y el 42% mujeres con una edad media de 62 años. De ellos 25 (12,5%) se intervinieron con sistema O-ARM y 176 (87,5%) con sistema de radiografía 2D.

En el grupo de los pacientes intervenidos con escopia 2D hubo 6 (3,4%) casos de malposión de tornillo sintomática que requirieron, en todos ellos, de la realización de pruebas (RMN y TAC postoperatoria) y una reintervención para retirada/recolocación del mismo. No fue necesaria la realización de pruebas extras ni reintervenciones en el grupo de pacientes intervenidos con O-ARM.

Respecto al tiempo quirúrgico, el empleo del O-ARM vió incrementada la duración del tiempo quirúrgico en una media de 85 minutos, debido a la laboriosa colocación del paciente, la verificación del nivel con el O-ARM, problemas de manejo del ordenador por la curva de aprendizaje por parte de los técnicos de rayos, la realización del TC pre e intraoperatorio postoperatorio y la colocación adecuadamente en el campo quirúrgico de la estrella de referencia. Tras la colocación de los implantes el resto de la cirugía de descompresión transcurre sin cambios a la técnica habitual, considerándose por ellos las diferencias de duración en la cirugía atribuibles íntegramente al manejo del O-ARM.

No se ha observado diferencia en la estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos con O-ARM a los intervenidos con escopia convencional siendo las estancias medias de 5,6 días y 5,2 días, respectivamente.

Como beneficio del empleo está la no radiación del equipo quirúrgico, no cuantificable debido a no llevar dosímetros, y la realización de un TC de control que asegura la adecuada colocación de los implantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Hace falta mejorar la formación del equipo implicado en el manejo del O-ARM ya que supone un incremento del tiempo operatorio y un menor aprovechamiento del quirófano.

2. El O-ARM asegura, en nuestra experiencia, la adecuada colocación de los tornillos pediculares. Seria necesario un estudio con más artrodesis en el grupo de cirugía navegada para valorar estadísticamente los datos.

3. Nuestra unidad tiene una baja tasa de malposición de implantes en comparación con las observadas en la bibliografía. Por ello, debido al mayor tiempo quirúrgico de la técnica, proponemos el empleo del O-ARM en pacientes seleccionados, en los que la colocación de los implantes con escopia 2D puede verse dificultada. A este grupo pertenecerían los pacientes con mucha hipertrofia articular, muy obesos, escoliosis o alteraciones anatómicas (como reintervenciones, tumores, malformaciones vertebrales o infecciones), siendo estos los que mas riesgos de malposición de implantes tienen.

7. OBSERVACIONES.

Durante la realización del proyecto de mejora debido a la organización del servicio y la reducción generalizada de quirófanos, la unidad de columna vió disminuida en un 40-50% su actividad quirúrgica, lo que afecto a la realización del proyecto de mejora por verse disminuido el volumen de pacientes intervenidos, especialmente los del grupo O-ARM al solo tener un día a la semana el sistema de navegación asignado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1107 ========== ***

Nº de registro: 1107

Título
EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

Autores:
ANGULO TABERNERO MARINA, PEÑA JIMENEZ DIEGO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la cirugía de columna es frecuente la colocación de implantes del tipo de tornillos o dispositivos intersomáticos. Habitualmente se colocan con referencias anatómicas y bajo control de escopia 2D intraoperatorio. Debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad en ocasiones la colocación puede ser inadecuada siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnosticas (como Rx, RMN y TAC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención.

El O-ARMN es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

Queremos evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones derivadas de ello.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serían pacientes con indicación de artrodesis de columna con implantes en los que se emplea el navegador O-ARM o la escopia 2D convencional.

Gracias a la navegación intraoperatoria O-ARM esperamos observar una mejoría en los siguientes aspectos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

comparándolos con intervenciones con realizadas con escopia convencional :
- El número de ciáticas postoperatorias atribuibles al mal posicionamiento de implantes
- El número de TAC y RMN postoperatorios atribuibles al mal posicionamiento de implantes.
- En la necesidad de re-intervención precoz para retirada o recolocacion de implantes por mal posicionamiento.
- En la necesidad de recolocar de manera intraoperatoria tornillos mal posicionados.

Tambien valoraremos si el empleo del navegador O-ARM supone un incremento en el tiempo operatorio, perdida hemática, necesidad transfusional, tiempo de ingreso o tasa de infecciones respecto a la cirugía con escopia.

MÉTODO
La realización del trabajo no supone un cambio importante en la actividad habitual de la Unidad de Columna, siendo la técnica quirúrgica y la indicación la misma independientemente de si la colocación del implante se realiza navegada con O-ARM o con la escopia convencional.

La planificacio´n del estudio se basa en estratificar los pacientes en funcio´n de si la intervencion se realiza con O-ARM o escopia convencional. De esta manera analizaremos en cada grupo las complicaciones, el tiempo quirúrgico, clínica postoperatoria y la necesidad de recolocacion intraoperatoria de implantes.

INDICADORES
- Número de estudios de TAC y/o RMN postoperatorios
- Número de re-intervenciones precoces para retirada-modificación de implantess
- Número de ciáticas postoperatorias

Todas estas variables se registrarán en ambos grupos (escopia y O-ARM) y se expresarán respecto al total de pacientes intervenidos de cada grupo.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración de un año, desde mayo de 2018, fecha de inició del empleo de la cirugía navegada con O-ARM en nuestro centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA,CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 18/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ROMEO CARMEN
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
DELGADO ALCALDE CRISTINA
ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA
USON LUCEA SONIA
SUBIAS CADENAS DELIA
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 hemos definido el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto .Se han priorizado las intervenciones quirurgicas que se iban a incluir en los protocolos formato de fichas quirurgicas.
Se ha buscado la mejor evidencia cientifica disponible y hemos contado con el juicio y valoracion de los profesionales que trabajan diariamente en el area y que son expertos en el tema.
Tras llegar a un consenso se han elaborado las fichas quirurgicas de intervenciones del area de traumatologia,cirugia plastica y maxilofacial.
Se han plastificado e incluido en la carpeta de protocolos quirurgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los procedimientos quirurgicos que se han protocolizado,en formato de fichas quirurgicas durante el año 2018 han sido:
CIRUGIA PLASTICA:
1.Abdominoplastia
2.Colgajo DIEP (Deep Inferior Epigastrico Perforator)
3.Colgajo Musculocutaneo del Dorsal Ancho
MAXILOFACIAL:
1.Fractura Mandibular
2.Fractura Orbita /Orbitomalar
3.Intubacion Dificil
4.Quistectomia con o sin Extracciones
5.Reseccion de Tumor
6.Vaciamiento Cervical
TRAUMATOLOGIA:
1.Cerclaje de Rotula
2.Fractura Huesos Propios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto hemos pretendido disminuir la variabilidad en la practica asistencial del equipo de enfermeria de los quirofanos de traumatologia,maxilofacial y cirugia plastica asi como facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores practicas y facilitar la incorporacion del personal de enfermeria a nuestra unidad.
Consideramos que es una buena herramientapara la formacion del personal de enfermeria.Aunque el proyecto que se habia definido para este año se considera finalizado,hay que seguir elaborando fichas quirurgicas hasta completar la totalidad de las intervenciones quirurgicas que se realizan en el bloque quirurgico.

7. OBSERVACIONES.
Se sube a fecha de hoy por no recibir correo

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1502 ========== ***

Nº de registro: 1502

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Autores:
BUISAN FRANCO MARIA CARMEN, MIGUEL ROMEO MARI CARMEN, FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA, DELGADO ALCALDE CRISTINA, ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA, USON LUCEA SONIA, SUBIAS CADENAS DELIA, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA,CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

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

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

PROBLEMA
Durante los últimos años, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario en cualquier organización sanitaria
Dentro de este marco conceptual vemos la necesidad de elaborar protocolos de enfermería en los quirófanos de trauma, c. plástica y maxilofacial, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que nos sirva de ayuda, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivos nos marcamos
Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica
Conducir la atención de enfermería en la dirección científica.
Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas
Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo.
Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas en el quirófano de trauma, c. plástica y maxilofacial

INDICADORES
Número de procedimientos quirúrgicos del quirófano que se han protocolarizado:
Como mínimo durante el año 2018 se protocolarizaran 10 intervenciones quirúrgicas de la especialidad

DURACIÓN
Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018
Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018
Elaboración fichas quirúrgicas - Octubre 2018 – Noviembre 2018
Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Dado el número total de procedimientos existentes en el quirófano de traumatología – c. plástica y maxilofacial para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ ATUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES
GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones. - Se realizaron 23 sesiones desde mayo hasta Diciembre 2018.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades.
Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano. Se realizaron sesiones conjuntas con anestesia pediátrica, traumatología pediátrica, pediatria.

Encuestas de satisfacción- Se realizaron encuestas de satisfacción a todos los asistentes.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente. - Hasta el momento todas las sesiones estan almacenadas y de acceso a todos los miembros del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron 23 sesiones desde mayo hasta Diciembre 2018.
Se realizaron sesiones conjuntas con anestesia pediátrica, traumatología pediátrica, pediatria.
Se realizaron un mínimo de 3 sesiones mensuales con la excepción de los meses de Julio y Agosto.
Se creó la base de sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las sesiones han sido valoradas positivamente por los miembros del servicio y personal hospitalario. Por lo que se ha dado seguimiento al proyecto, se han iniciados nuevos planes de sesiones para el primer semestre del 2019.

Mejoras: Ampliar las sesiones conjuntas con otros servicios de pediatria de Aragon.
Aumentar las sesiones entre servicio s hospitalarios.
Aumentar la asistencia a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/239 ========== ***

Nº de registro: 0239

Título
FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Autores:
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES, GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
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 - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

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

PROBLEMA
Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio, puedan interactuar y aprender unos de otros.

En la práctica de la asistencia hospitalaria, hay un cuerpo básico de conocimientos tanto desde el punto de vista clínico como científico que todos los sanitarios compartimos. Además existe un nexo de disciplinas transversales y temas relacionados la práctica clínica que puede compartirse en las sesiones multidisciplinares del servicio.

Actualmente la falta de sesiones clínicas tiene como consecuencia una falta de homogeneidad en los tratamientos entre los diferentes miembros del servicio y comunicación subóptima entre los mismos. La consecuencia es confusión en otros miembros de apoyo como enfermería como también pacientes. Este proyecto está diseñado para designar de manera periódica sesiones clínicas de actualización en los temas pertinentes a nuestra práctica clínica y tiene como beneficio adicional ser parte del programa académico de miembros del servicio en formación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del servicio, facilitando además la interacción entre distintos servicios y unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos y terapéuticos
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos
- Potenciar la retroinformación a los profesionales del servicio

MÉTODO
Reuniones de trabajo para la formulación del temario y asignación de ponentes.

Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades. Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano.

Se realizarían un mínimo de 3 sesiones mensuales y máximo de 5 sesiones al mes con la excepción de los meses de Julio y Agosto.

Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente.

INDICADORES
- Las sesiones clínicas serán evaluadas mediante encuestas de satisfacción al final del programa.
  - Asistencia de un mínimo de 3 miembros del servicio - 80%

DURACIÓN
Inicio - 1 de Mayo 2018 - Finalización 31 de Mayo 2019

1- Reuniones de trabajo con miembros del servicio para formulación de temario y asignación de ponentes MAYO - JUNIO 2018.

2- Inicio de sesiones JUNIO 2018

3- Continuación de sesiones SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2018

4 - Continuación de sesiones ENERO - MAYO 2019

5 - Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora. MAYO 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA CORONA BELLOSTAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
GONZALEZ RUIZ YUREMA
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES
ANQUELA GRACIA RUTH
MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE
GONZALEZ ESGUEDA AINARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones periódicas con el IIS para consecución con grupo de investigación que es paso previo a iniciar actividad quirúrgica e investigadora en las instalaciones del CIBA.
Desarrollo de un simulador específico para cirugía toracoscópica neonatal mediante la impresión 3d de un tórax de neonato y utilización de vísceras torácica de coneja madre de aproximadamente 2 kg en las se han realizado varias actividades formativas por parte de los adjuntos y residentes del servicio. Contacto con la Universidad de Zaragoza dentro del programa PING SALUD para ofertar el proyecto de mejora de nuestro simulador de atresia de esófago, hasta el momento no se ha asignado el proyecto a ningun alumno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Constitución como grupo de investigación dentro del ISS.
Al menos 10 sesiones de entrenamiento en simulador específico para atresia de esófago.
Primera sesión de entrenamiento "piloto" en modelo animal porcino en las instalaciones del CIBA:
Mejora de la cartera de servicios en cirugía laparoscópica del Servicio de Cirugía Pediátrica: se han realizado nuevas técnicas, como una colectomía total por enfermedad de Hirschsprung en una paciente un año de edad.
Apendicectomías realizadas por vía laparoscópica durante este año> 90%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han podido conseguir todos los objetivos del programa y seguir el calendario previsto debido a que no hemos podido disponer de presupuesto para la realización de las actividades formativas.
Se solicitó una beca a la Fundación Eugenio Rodriguez Pascual, solicitud que no resultó seleccionada.
Mediante la constitución de grupo de investigación es posible que tengamos acceso a otras becas a través del IIS, que permitirían seguir con el programa previsto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/569 ========== ***

Nº de registro: 0569

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
CORONA BELLOSTAS CAROLINA, FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, GONZALEZ RUIZ YUREMA, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, ANQUELA GRACIA RUTH, MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE, GONZALEZ ESGUEDA AINARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Quirúrgica Infantil
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

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

PROBLEMA
La cirugía mínimamente invasiva (CMI) supone una mejora en la calidad de la atención al paciente, ya que produce menos dolor postoperatorio, mejor resultado estético, y una recuperación más precoz de la actividad habitual. Al mismo tiempo, conlleva una introducción constante de novedades tecnológicas que condicionan un cambio en las habilidades y en la forma en la que éstas se aprenden, suponiendo a veces un detrimento de la seguridad del paciente en los inicios de la curva de aprendizaje. Este problema es más acusado en Cirugía Pediátrica, en donde coexiste la complejidad secundaria al pequeño tamaño del paciente y el escaso volumen de patología, alargándose la curva de aprendizaje. Consideramos necesario un apoyo constante a la formación y entrenamiento en las técnicas de CMI para mejorar el tiempo quirúrgico y la seguridad del paciente pediátrico sometido a este tipo de cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliación de la cartera de servicios de Cirugía Pediátrica en el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva, manteniendo estándares de seguridad del paciente.
Desarrollo de un programa de entrenamiento en cirugía laparoscópica y toracoscópica en neonatos y pacientes pediátricos de bajo peso mediante simuladores y modelo animal, en colaboración con el CIBA.
Colaboración con la UZ para el desarrollo de una línea de diseño de simuladores específicos para el entrenamiento en cirugía neonatal y en el paciente pediátrico de bajo peso.

MÉTODO
Implementación de un programa de entrenamiento en CMI específico para el paciente neonatal y pediátrico, que incluya a los trabajadores del Servicio de Cirugía Pediátrica. Los cirujanos tendrán al menos una sesión mensual de entrenamiento en técnicas mínimamente invasivas estructurado según niveles de dificultad, haciendo uso de simuladores físicos, virtuales, y animal de experimentación.
Coordinación constante con la UZ mediante un plan de trabajo con reuniones de periodicidad mensual para el desarrollo de simuladores específicos para las patologías neonatales más complejas, como la atresia de esófago.
Protocolización del proceso y del material necesario para las técnicas más habituales.
Entrenamiento del personal de enfermería y auxiliar de Quirófano y Hospitalización en el manejo del nuevo material y los nuevos procedimientos.

INDICADORES
La monitorización del proyecto se realizará en base al tiempo quirúrgico, morbilidad perioperatoria y el tiempo de hospitalización obtenido de la revisión de las historias clínicas de los pacientes en los que se realice alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:
Piloromiotomía por estenosis hipertrófica de píloro
Cierre de fístula y anastomosis término-terminal por atresia de esófago
Apendicectomía
Lobectomía pulmonar
Colecistectomía
Funduplicatura Nissen
Nefrectomía
Estenosis pieloureteral
Esperamos que en estas patologías se produzca un aumento de los casos realizados con mínima invasión sin aumentar las complicaciones

DURACIÓN
Inicio 1 de marzo de 2018- Final 1 marzo 2019
Marzo 2018: Reuniones de trabajo con personal del CIBA para definir la metodología de las sesiones de entrenamiento que se realizarán en sus instalaciones. Reuniones de trabajo con investigadores de la UZ para puesta en común de los objetivos de desarrollo de simuladores.
Abril-Junio 2018: Primeras sesiones de entrenamiento: Participación del personal en al menos tres sesiones de entrenamiento en animal y tres sesiones de entrenamiento en simulador durante este periodo.
Junio 2018: Revisión del cumplimiento de los objetivos en cuanto a diseño de sistemas de simulación y primera valoración de los criterios de morbimortalidad, tiempo quirúrgico y anestésico en las cirugías mencionadas.
Julio-Septiembre 2018: Formación a personal de enfermería en cuanto a estandarización de procedimientos mínimamente invasivos en patologías concretas.
Septiembre-Enero 2019: Calendario de sesiones de entrenamiento orientados a patologías y técnicas concretas según los déficits encontrados.
Febrero 2019: Revisión de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ANDRES ARMANDO
GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una Hoja de Valoración de criterios de Alta, consensuada por todos los componentes del equipo, y se han establecido los criterios de su aplicación.
Se ha realizado la instrucción al personal de enfermería de la Unidad de CMA en la Planta de Cirugía Pediátrica y al personal de la unidad de CSI (Edificio Multifuncional) que atiende pacientes pediátricos.
Se ha realizado su implantación desde Septiembre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implantación de un método de evaluación de los criterios de Alta de los pacientes sometidos a CMA nos ha permitido:
- Agilizar el Alta en pacientes en los que su situación clínica lo permite y que suponen el mayor porcentaje de pacientes.
- Transmitir confianza a las familias, al percibir que se han evaluado previamente unos criterios objetivos de Alta que se han cumplido en el paciente.
- Detectar en el momento adecuado los pacientes que, aunque en número escaso, no han cumplido los criterios de Alta y han tenido que ser ingresados, mejorando así la seguridad clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que la implantación de unos Criterios de Alta de CMA en pediatría contribuye a la seguridad clínica de nuestros pacientes en procedimientos de CMA.
Está pendiente la evaluación de indicadores (Valoración correcta de Alta y de Ingresos y % de ingresos).
La aplicación de esta Evaluación está supeditada al cumplimiento del Protocolo de CMA en Pacientes Pediátricos, especialmente en las indicaciones de CMA por procedimiento y condiciones del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/789 ========== ***

Nº de registro: 0789

Título
EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Autores:
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIRUGIA PROGRAMADA CMA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cirugía pediátrica realizada en régimen ambulatorio o sin ingreso acorta la estancia hospitalaria, reduce la exposición a infecciones nosocomiales, permite la participación activa de los padres, logra un elevado grado de satisfacción del paciente y reduce los costes totales del proceso.
Sin embargo hemos detectado en su puesta en práctica que no existen criterios que establezcan las condiciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

en las que debe encontrarse el paciente en el momento del Alta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía sin Ingreso (CSI). Del mismo modo tampoco están especificadas que condiciones impedirían el Alta de la Unidad y serían motivo de ingreso del paciente. Este problema condiciona en algunos casos retrasos innecesarios del Alta o, con menor frecuencia, pacientes que se van de Alta sin cumplir alguna condición que ocasionalmente es motivo de reingreso.
Con este proyecto pretendemos mejorar la seguridad del paciente, estableciendo criterios de Alta bien definidos, evaluables por el personal de enfermería, que aplicados en el momento adecuado después de la cirugía, permitan discriminar fácilmente si el paciente cumple condiciones para poder trasladarse a su domicilio o por el contrario son motivo de que el médico valore el ingreso del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos discriminar con agilidad y en el momento adecuado, los pacientes pediátricos a los que se puede dar el Alta después de Cirugía Ambulatoria, de aquéllos que no reúnen condiciones de Alta y debe valorarse su ingreso.
Este proyecto es aplicable a todos los pacientes intervenidos en la Unidad de CMA o CSI del Servicio de Cirugía Pediátrica (Planta 3ª del HI y Quirófanos CSI Multifuncional).

MÉTODO
- Realizar una Hoja de Valoración de Criterios de Alta, que incluya los aspectos esenciales que deben reunir los pacientes de acuerdo con la evidencia disponible, consensuando su contenido entre los facultativos del Servicio de Cirugía Pediátrica, el Servicio de Anestesiología y la Supervisión de Enfermería.
- Consensuar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería.
- Instruir al personal de enfermería en las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía Pediátrica en el modo de aplicación.
- Iniciar su aplicación en la Unidades de CMA/CSI

INDICADORES
CRITERIO
Valoración correcta de ALTA
INDICADOR
nº de pacientes de ALTA que reúnen criterios en la Valoración de Criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes de ALTA
FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta
ESTANDAR
>95%
CRITERIO
Valoración correcta de INGRESO
INDICADOR
nº de pacientes que INGRESAN tras Cirugía Ambulatoria que NO reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes que ingresan FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta
ESTANDAR
>95%
CRITERIO
% valorado de INGRESOS tras Cirugía Ambulatoria
INDICADOR
Nº pacientes que no reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes intervenidos
FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta <5%

DURACIÓN
-Elaboración Hoja de Valoración de Criterios de Alta. Dr. Sánchez, Dra. Ruiz de Temiño (Mayo 2018)
-Consensuarla por Servicio de Cirugía Pediátrica, Anestesiología y Supervisión de Enfermería Mª José Dra. Ruiz de Temiño, González Mª José (Mayo-Junio)
-Instruir personal de Enfermería Dr. Bragagnini(Julio)
-Implantar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería (Dr. Bragagnini) (Septiembre)
-Evaluación (Marzo 2019)

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 - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han estado centradas primero en la posibilidad real de poder llevar a cabo la consulta con los equipos informáticos que existen en la actualidad así como con el ancho de banda existente.La respuesta ha sido negativa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como ya he comentado en la actualidad NO se puede hacer este tipo de consulta con los equipos de los que disponemos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las posibilidades de efectuar videoconferencia en directo con los equipos informáticos actuales es nula, por lo que vamos a rediseñar el proyecto para empezar una fase de prueba con fotos enviadas a posteriori de los casos que se presenten.
Asímismo se van a actualizar los equipos en breve y veremos las expectativas que se presenten

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1440 ========== ***

Nº de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Consulta Telemática de Quemaduras
Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Creación de la Consulta Telemática
Adecuación de equipos informáticos
Formación del personal
Publicitación del proyecto
Organización citas, días, horas.....
Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios
Corrección de desviaciones
Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES
Existencia de Consulta Online : si/no
Nº de consultas totales online
Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN
Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)
Formación personal: septiembre 2017
Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017
Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 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 - 2018/0803

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONEL BERNAL ROBERTO
BERNAL MARTINEZ ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión sistemática de toda la literatura referente a manejo ambulatorio y con ingreso hospitalario de los pacientes con tumores cutáneos, así como de la seguridad de los procedimientos ambulatorios.
- Con dicha revisión se confeccionó una guía preliminar del manejo de los pacientes con tumores cutáneos, que fue consensuada con los facultativos del Servicio de Cirugía Plástica.
- Tras dicho consenso, se realizó un protocolo de manejo de dichos pacientes titulado "Protocolo para la unificación de criterios en el manejo operatorio de pacientes sometidos a cirugía de neoplasias cutáneas del Servicio de Cirugía Plástica".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desarrollo e implantación de un protocolo de unificación de criterios en el manejo de los pacientes intervenidos por neoplasias dermatológicas, que pretende aumentar la proporción de pacientes intervenidos de forma ambulatoria y descargar las listas de espera del Servicio de Cirugía Plástica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración inicial evidencia la existencia previa de un consumo de recursos en pacientes hospitalizados que podían haber sido intervenidos de forma ambulatoria. Ha existido un consenso intraservicio en la indicación de intervenir a la mayoría de dichos pacientes de forma ambulatoria.
Sin embargo, resulta necesaria la evaluación del impacto del protocolo desarrollado mediante el indicador propuesto en este proyecto durante un periodo de 6 meses a 1 año.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se va a continuar durante el año 2019 de cara a valorar el impacto sobre la indicación de cirugía ambulatoria o con ingreso durante un periodo de un año completo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/803 ========== ***

Nº de registro: 0803

Título
UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Autores:
YUSTE BENAVENTE VALENTIN, AGULLO DOMINGO ALBERTO, CARBONELL BERNAL ROBERTO, BERNAL MARTINEZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cirugía dermatológica supone un enorme volumen de la patología intervenida por el Servicio de Cirugía Plastica del Hospital Universitario Miguel Servet, generando una carga asistencial considerable.

Si bien es cierto que existen muchos factores que pueden intervenir en el tipo de intervención y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0803

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

condiciones en que se debe realizar, una gran proporción de estas intervenciones se puede realizar de forma ambulatoria o en sala blanca. Sin embargo y en último término, la decisión del proceso que seguirá el paciente para ser intervenido dependerá del facultativo que realice la valoración. Esto supone en muchas ocasiones que pacientes con las mismas características puedan ser intervenidos de forma ambulatoria o causando ingreso hospitalario.

Por lo previamente expuesto, consideramos que existe un campo de mejora en la unificación de criterios intraservicio, de cara a detectar aquellos pacientes que pueden ser intervenidos con un menor consumo de recursos. Esto no solo supondrá un menor gasto, si no que además permitirá agilizar las listas de espera de aquellos procesos que deban ser intervenidos causando ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar el criterior en cirugía dematológica por parte del Servicio de Cirugía Plástica.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Disminución en el número de pacientes intervenidos por cirugía dermatológica causando ingreso.
- Aumentar la seguridad de aquellos pacientes con comorbilidades que van a ser sometidos a una intervención ambulatoria.

MÉTODO
- Realizar una revisión sistemática de toda la bibliografía indexada referente a la indicación y seguridad de los procedimientos de cirugía dermatológica en sala blanca y ambulatorios en cirugía plástica.
- A partir de la revisión sistemática, se creará una guía preliminar que será consensuada con el Servicio de Cirugía Plástica.
- Una vez consensuada, se creará creará un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica del Servicio de Cirugía Plástica.
- Creación de un proceso para la valoración de pacientes con comorbilidades susceptibles de ser intervenidos en sala blanca.

INDICADORES
- Publicación de un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica.
- Presentación del protocolo al Servicio de Cirugía Plástica y al Servicio de Anestesia y Reanimación mediante sesión clínica.
- Indicador de cirugía con ingreso evitables <15%.

* Indicador de cirugía con ingreso evitables= Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica potencialmente evitables x 100/ Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica totales.

DURACIÓN
- Creación de protocolo de unificación de criterios en Cirugía Plástica antes de Noviembre de 2017.
- Presentación del protocolo en los Servicios implicados durante el mes siguiente a su publicación.
- Revisión de la lista de espera quirúrgica para proceso dermatológico generada 6 meses tras la publicación 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 - 2018/1047

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BARCELONA TRIVEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE DOCENCIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
SOLANO BERNAD VICTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
MONREAL HIJAR ANTONIO
DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se estableció el grupo de trabajo que realizó el diseño con el que poder difundir la información docente. De forma continua se contó con la dinamización por parte de la secretaria de la comisión de docencia y del jefe de estudios, con el apoyo de la MIR en rotación
-Se va actualizando de forma continua el contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
-Se han incorporado a la web los itinerarios formativos de 35/36 UUDD.
-Se ha incorporado a la web la información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de todas las UUDD
- Se han incorporado a la web las memorias del año 2017 de 34/36 UUDD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 7
- Reestructuración del contenido web del Sector II – Docencia Postgrado: Sí
- Nº itinerarios formativos incorporados a la web/ Nª unidades docentes: 35/36 = 97%
- Nº de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ Nº unidades docentes: 36/36 = 100%
- Nº de memorias docentes aportadas/ Nº unidades docentes: 34/36 = 94%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha logrado disponer de un espacio en la web del sector que permite proyectar una imagen totalmente real de la actividad docente del hospital. El itinerario-guía permite conocer la planificación de las actividades docentes y la memoria el grado de consecución de las mismas.
- Por otra parte dado que el objetivo es permitir el contacto de futuros aspirantes a realizar la especialidad en nuestro hospital y/o realizar una rotación por alguna de nuestras UUDD, la actualización de los datos de contacto es fundamental.
- Es necesario mantener estas actividades de forma permanente, teniendo la estructura y los recursos humanos necesarios que permitan el acceso y conocimiento para la gestión de la aplicación o programa que soporta la web.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1047 ========== ***

Nº de registro: 1047

Título
CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II. DOCENCIA POSTGRADO

Autores:
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, SOLANO BERNAD VICTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, MONREAL HIJAR ANTONIO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1047

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

Otro Tipo Patología: Residentes actuales y futuros interesados en realizar la estancia formativa de la especialidad médica, así como facultativos de las distintas UUDD
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Partiendo de las diversas peticiones de información docente por parte tanto de residentes actuales y futuros como de facultativos (colaboradores docentes y tutores), se detecta un área de mejora en la sección de la Comisión de Docencia del HUMS en la web del Sector II. La actualización, ampliación y reestructuración de la información docente en la web puede dar respuesta a la demanda de información solicitada reduciendo el número de peticiones y aumentando la difusión y el acceso a la información docente de las distintas unidades.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es optimizar la difusión de la información de las unidades docentes del HUMS en la web del sector II – Docencia Postgrado. Se espera conseguir que los futuros residentes puedan estar en contacto con los tutores de las distintas especialidades, pudiendo acceder así a una información más directa y fiable de las actividades que se llevan a cabo en cada servicio, así como del itinerario formativo de cada especialidad. Con la difusión de esta información se pretende acercar al futuro residente a la práctica habitual y a la docencia que oferta nuestro centro sanitario.

MÉTODO
-Creación de un grupo de trabajo para trabajar el diseño con el que poder difundir la información docente.
-Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
- Incorporación a la web de los itinerarios formativos de todas las UUDD.
-Incorporación en la web de información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de cada unidad docente.
-Incorporación de las memorias docentes aportadas por las distintas UUDD.

INDICADORES
-Nº de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 6
- Reestructuración del contenido web del Sector II – Docencia Postgrado: Sí
- Nº itinerarios formativos incorporados a la web/ Nª unidades docentes: > 90%
- Nº de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ Nº unidades docentes: > 90%
- Nº de memorias docentes aportadas/ Nº unidades docentes: >90%.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio 2018: reunión de trabajo inicial
Julio- Septiembre 2018: reestructuración contenido de Comisión Docencia HUMS en la web Sector II
Octubre-Diciembre 2018: incorporación de itinerarios formativos, contactos de Jefe de Servicio/Tutor y memorias de las unidades docentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MORALES CALLAGHAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GILABERTE CALZADA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Abril de 2018: Sesión sobre teledermatología e interconsulta virtual impartida por Dra. Gilaberte en Centro de Salud Almozara
Desde Mayo a Septiembre: Diferentes reuniones para establecer el sistema de envío de imágenes desde el Centro de Salud y puesta a punto del sistema de toma de imágenes, envío de interconsulta virtual, envío de imágenes, etc.
Octubre: Inicio de IC virtual siendo un médico del Centro de Salud Almozara (Dr. Cañada) el responsable de su realización.
Dos dermatólogas (Dra. Morales y como apoyo la Dra. Gilaberte) ha estado encargada de responder y gestionar las interconsultas virtuales.
RECURSOS
• Tiempo de consulta virtual agendado los miércoles
• Para monitorizar los indicadores marcados en el proyecto (concordancia de diagnósticos) los pacientes que han sido citados en consulta presencial lo han hecho en la consulta de la Dra. Morales.
• Se ha dotado al Centro de Salud Almozara de una cámara fotográfica dotada con un adaptador para el Dermatoscopio.
• El envío de imágenes y del texto de la propia interconsulta se ha realizado mediante el sistema de IC virtual de la Intranet del SALUD, habilitado un servicio específico denominado telederma para seleccionar solo los casos enviados para IC virtual con telederma. Las imágenes se encuentran en la pestaña de imágenes al igual que las imágenes radiológicas.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• 14 pacientes enviados desde inicio (3 meses aprox)
• 8 mujeres, 6 varones
• Edad media: 60 años
• 9/14 (64%) concuerda diagnóstico MAP con diagnóstico dermatológico
• 4/14 (28,6%) de ellos no han requerido cita. 6/14 (43%) han sido citados para extirpación de la lesión a estudio. El resto (4/14, 28,6%) han sido citados en consulta para control.
• 4/14 (28,6%) derivación inadecuada: no patología susceptible de tratar (banal)
• Tiempo medio dedicado por parte del dermatólogo para realizar la IC: 5-7 minutos/ paciente (abrir Historia, imágenes, contestar, etc.)
• Tiempo medio en contestar a MAP: 2 días naturales (contando fines de semana y festivos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de los resultados hasta ahora obtenidos es muy positiva, satisfactoria para los médicos de atención primaria, que ven sus interconsultas resueltas en pocos días, para los dermatólogos que les permiten priorizar especialmente patología oncológica y evitar derivaciones inadecuadas, y para los pacientes. Además ha servido para mejorar la relación entre Atención Primaria y Dermatología.
Desde 1 de Febrero de 2019 ya se ha iniciado que esta forma de derivación sea la única para las derivaciones que se hacen a Dermatología desde el Centro de Salud la Almozara.
Además el modelo organizativo adoptado en el Centro servirá como modelo para otros Centros de Salud del Sector que esperamos se vayan sumando paulatinamente a lo largo de este año.
A medida que el número de IC virtuales aumente se irán incorporando más dermatólogos y dedicando más horario a la realización de la esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1264 ========== ***

Nº de registro: 1264

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

Autores:
MORALES CALLAGHAN ANA, GILABERTE CALZADA YOLANDA, ZUBIRI ARA MARIA LUISA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Teledermatología (TD), es una técnica que ha experimentado un gran desarrollo en España en los últimos años. Se considera una tecnología emergente que comienza su fase de consolidación en nuestro país. Estimamos que la TD puede beneficiar en gran medida el proceso asistencial del paciente acortando los tiempos de espera y priorizando la patología importante.
PROPUESTA DE CIRCUITO DE TELEDERMATOLOGÍA
Los MAP podrán enviar las peticiones al Servicio de Dermatología y dichas consultas se almacenarán en una agenda especial de TD la cual podrá ser consultada por los dermatólogos. Éstos, tras leer cada petición y revisado de las fotografías adjuntas, deberán indicar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.
Las respuestas de los especialistas serán remitidas al centro de salud correspondiente. El médico de primaria tras consultar su respuesta, deberá indicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento indicado por el médico especialista.
El circuito que proponemos para la realización de esta Interconsulta virtual sería el siguiente:
1. El paciente acude a Atención Primaria por una lesión de carácter dermatológico.
2. Si el MAP considera que dicha lesión es susceptible de ser derivada a Atención Especializada por esta vía, accederá al sistema para generar una teleconsulta.
• Rellenará un informe con un conjunto mínimo de datos compuesto de antecedentes, anamnesis, localizaciones y diagnóstico.
• Realizará 3 fotos de la lesión (panorámica, detalle y dermatoscopia- cuando sea necesaria) y las adjuntará a la teleconsulta.
• Imprimirá y entregará un informe al paciente donde quedan reflejados los datos de la consulta así como de unas instrucciones que sirven para informar al paciente del sistema en el que está participando.
3. El MAP autocitará al paciente en un plazo máximo de 15 días para darle los resultados del dermatólogo, ya que éste se compromete a responder la teleconsulta en un máximo de 10 días.
4. En el caso de que el dermatólogo estime necesario que el paciente debe acudir a Atención Especializada para una exploración presencial, la Unidad de Citaciones del propio Hospital se pondrá en contacto directamente con el paciente para indicarle la fecha y hora de la cita de presencia en el Hospital.
5. Si el paciente no ha acudido a su Centro de Salud a recoger los resultados del dermatólogo en la fecha en la que el MAP lo autocitó, indicará que el paciente ha sido citado en Especializada y en cualquier caso, el MAP deberá acceder al sistema para ver la respuesta del especialista.

RESULTADOS ESPERADOS
• Principal:
Valorar la efectividad de un programa de teledermatología para la resolución de las derivaciones de pacientes desde atención primaria a dermatología.
• Secundarios:
1. Contabilizar el tiempo medio utilizado por teleconsulta.
2. Contabilizar el número de teleconsultas que son citadas en presencial.
3. Contabilizar el número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
4. Contabilizar el número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
5. Contabilizar el número de consultas pediátricas.
6. Establecer el nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

MÉTODO
NUESTRO PROYECTO
• Nuestro objetivo es comenzar la TD en 1 Área Básica de nuestro Sector (Sector II) como fase piloto y posteriormente extender la técnica al resto de Centros de Salud de nuestro Sector. Comenzaríamos con el Centro de Salud Almozara. (Posibilidad de ampliarlo a algún otro centro inicialmente también)
• Para ello es fundamental realizar una formación específica de los MAP, que ya hemos realizado en el campo de la Dermatoscopia.
• La fase piloto inicial tendría una duración inicial de 2 meses.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

INDICADORES
1. Número de interconsultas virtuales realizadas.
2. Tiempo medio utilizado por teleconsulta.
3. Número de teleconsultas que son citadas en presencial.
4. Número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
5. Número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
6. Número de consultas pediátricas.
7. Nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

DURACIÓN
1 Junio: fecha prevista de inicio de la IC virtual con el Centro de Salud Almozara
30 de Septiembre fecha prevista del fin del proyecto piloto y análisis de los resultados.
Octubre tras el análisis de los resultados mejora de aquellos aspectos que la requieran y establecimiento del protocolo definitivo para la IC virTUal de dermatología
Octubre-Noviembre: iniciar el proceso paulatino de incorporación a la IC virtual en principio con los Centros de Salud docentes ya que cuentan ya con los medios técnicos - dermatoscopios- y deberán adquirir cámaras fotográficas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GILABERTE CALZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS
PORTA AZNAREZ NIEVES
MARTIN MARCO RICARDO
RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha creado una agenda de terapia fotodinámica 3 días a la semana: lunes, miércoles y viernes.
2. La prepración de las lesiones la realizan conjuntamente el dermatólogo con la enfermera. Las iluminaciones las realizan las enfermeras, con la lámpara Aktilite, en la franja horaria de 14:00 a 15:00 del horario de fototerapia.
3. Las enfermeras dan las recomendaciones para los cuidados los días siguientes al tratamiento.
3. El número de sesiones para cada patología es en general: 1 para queratosis actínicas, 2 para carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular.
4. También el Servicio de Anatomía patológica se ha hecho partícipe que se está realizando este tratamiento para envías pequeñas biopsias o citologías que ayuden a confirmar el diagnóstico.
5 Para formar al Servicio, tanto médicos como enfermeras, se han realizado dos sesiones clínicas (en Junio 2018 y en Febrero 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La unidad de Terapia Fotodinámica ha empezado a funcionar desde el més de Octubre-Noviembre y considerando que por el momento se pueden citar 6 pacientes a la semana, el número de pacientes incluidos ha sido:
1. Número de carcinomas basocelulares: 8. De ellos 3 han acudido a revisión a los 3 meses con respuesta completa.
2. Número de carcinomas escamosos in situ: 3. De ellos 1 ha acudido a revisión a los 3 meses con respuesta completa.
3. Queratosis actínicas/campo de cancerización: 5. 2 de ellos han acudido a resultado, 1 con respuesta completa y otro parcial en quien se repitió el tratamiento.
4. Onicomicosis: se ha tratado un paciente todavía sin ver el resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Ha sido compleja la puesta en marcha ya que hay que encajar las iluminaciones con los tratamientos de fototerapia pues no se dispone ni de personal adicional ni de espacio para poderlo hacer en otra ubicación.
- En la actualidad, todas las enfermeras del Servicio tienen la formación para realizar la terapia fotodinámica, sin embargo de momento solo 2 facultativos la realizan. -Está previsto que más facultativos realicen TFD en su clínica los martes y jueves, pero hay que coordinar con la fototerapia, lo que supone una dificultad y reducir los huecos de fototerapia para pacientes con otras patologías.
Ya tenemos lista de espera de pacientes para este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1290 ========== ***

Nº de registro: 1290

Título
IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA EN DERMATOLOGIA

Autores:
GILABERTE CALZADA YOLANDA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL, MARTIN MARCO RICARDO, PORTA AZNAREZ NIEVES, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento no invasivo que tiene indicación en cáncer cutáneo no melanoma, en concreto: queratosis actínicas, carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular superficial y nodular.
Las tasas de curación son del 81-92% en queratosis actínicas (a los 3 meses), 100-88% en el carcinoma escamoso in situ (recidivas a los 5 años del 20%), 80% en carcinoma basocelular superficial y 76% en carcinoma basocelular nodular a los 5 años de seguimiento (Calidad de la evidencia IA. Guía clínica de terapia fotodinámica del European Dermatology Forum 2014).
Aunque la forma de financiación de la TFD en los diferentes países europeos varía, distintos estudios muestran que es un tratamiento coste-efectivo (Vale Sm et al. Pharmacoeconomics 2017;35:177-190). Ahorra cirugías y es especialmente conveniente para el tratamiento de pacientes ancianos, polimedicados y pluripatológicos, aquellos en los que el cáncer cutáneo no melanoma es más frecuente. Además, el tratamiento se puede repetir y combinar tanto con cirugía como con otros tratamientos médicos (5-fluorouracilo, imiquimod, etc). El resultado cosmético es excelente así como la satisfacción de los pacientes.
Existe mucha bibliografía acerca del uso de la TFD en otras indicaciones aparte del cáncer cutáneo no melanoma, como en la enfermedad de Paget extramamaria, la neoplasia intraepitelial vulvar, algunos linfomas T de lesión cutánea única, condrodermatitis, etc.). Una de las que más futuro puede tener es en el manejo de las infecciones superficiales producidas tanto por hongos como por bacterias. El Servicio de microbiología del HUMS es pionero en investigación básica y clínica en este tema.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal
- Valorar la utilidad de la TFD en el manejo del paciente con cáncer cutáneo no melanoma.
Secundarios
- Contabilizar el número de carcinomas basocelulares y carcinomas escamoso in situ tratados con TFD.
- Contabilizar los usos fuera de indicación en los que la TFD se ha utilizado con éxito.
- Medir la satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Contabilizar de forma separada los pacientes trasplantados tratados con la TFD.

MÉTODO
1. Se creará un tipo de procedimiento en la agenda de dermatología del HUMS denominado terapia fotodinámica.
2. La preparación de las lesiones las realizará la enfermera en la consulta de enfermería o el facultativo así como la aplicación del fotosensibilizante, y las iluminaciones se efectuarán 3 horas más tarde en el horario y sala destinado a fototerapias lámpara Aktilite administrando una dosis ya pre-programada de 37 J/cm2 (unos 8 minutos).
3. Como protocolo, las queratosis actínicas precisan 1 sesión de TFD, con posible repetición al mes o a las 3 meses si la respuesta ha sido incompleta. Los carcinomas basocelulares y los carcinomas escamosos in situ precisan 2 sesiones separadas por una semana o máximo 2.

INDICADORES
1. Número de carcinomas basocelulares tratados.
2. Número de carcinomas escamosos in situ tratados.
3. Número de pacientes con campo de cancerización/queratosis actínicas tratados.
4. Grado de satisfacción del paciente.
5. Efectividad en los pacientes en los que se use la TFD fuera de indicación.

DURACIÓN
Está prevista que la unidad pueda empezar a funcionar en Septiembre. Se recogerán todas las variables para analizar los indicadores propuestos hasta final de 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 - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
MONZON ABAD ANDRES
MARTINEZ GERMAN ANTONIO
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
LARROSA LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Dada información sobre la creación de la comisión a los distintos servicios involucrados en la misma, tanto a jefes de servicio como a las personas que van a ser los componentes de la comisión

- Elaborado un formulario de registro de cada reunión de la comisión en el programa Hp doctor para que quede constancia en la intranet de todas las decisiones tomadas con cada paciente.

-Busqueda de día y hora para poder realizar las reuniones,todavía por determinar lugar físico donde poder realizar las reuniones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no alcanzados ya que no se han iniciado las reuniones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente iniciar las sesiones de la comisión, las cuales deberían realizarse en un lugar físico adecuado con material informático y personal administrativo como puede ser en la sala de celebración de comités de tumores, sin embargo, ésto no puede ser porque en el horario que puede realizarse, por parte de la mayoría de los servicios implicados en ésta comisión, está ocupado. Interesa encontrar un sitio adecuado, cuanto antes.

Otra de las causas en el retraso del inicio del proyecto, es la demora por parte del servicio de informática, la hora de crear el formulario necesario para el Hp doctor.

La elaboración del formulario de Hp Doctor ha sido muy costoso conseguir

7. OBSERVACIONES.
Esperamos empezar en el mes de marzo de 2018, el inicio de las sesiones de la comisión, inicialmente en un despacho médico hasta solventar el problema dela ubicación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/842 ========== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII.
En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica.
Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantee la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

-Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO
- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinares hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.
o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .
o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.
o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.
o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES
Registro de:
- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.
- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.
- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas,etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.
- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

DURACIÓN
- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BAJADOR ANDREU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
SORIA SANTEODORO MARIA TERESA
ALCEDO GONZALEZ JAVIER
BERNAL MONTERDE VANESA
SANCHEZ CUCALON SUSANA
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda, coincidiendo con el cierre de la Unidad de Endoscopias Digestivas.

El Protocolo ha sido aprobado por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS y ya se encuentra disponible en la Intranet del hospital con el número Z2-567-18.

El protocolo incluye dos algoritmos de actuación: el primero para la atención de hemorragias digestivas originadas o procedentes de urgencias de nuestro centro y un segundo algoritmo para el caso de pacientes con hemorragia procedentes de otros hospitales.
En la redacción del protocolo ha intervenido los siguientes servicios: Servicio de Digestivo, Servicio de Urgencias, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.

El protocolo especifica con todo detalle el manejo del paciente, de acuerdo a la etiología y características de la hemorragia digestiva que presenta, y se definen
los requisitos y función de cada profesional que interviene en el proceso.

De forma paralela se ha llevado a cabo una Formación específica para el personal de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario que no estaba habituado a esta labor, para la correcta colaboración en la atención clínica y endoscópica dle paciente con hemorragia digestiva. Esta formación se continua con cada nueva incorporación de personal de enfermería o TCAE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Incidencia Número de pacientes que presentan HD Aguda al año:
INGRESADOS EN CAMAS 805-807/1-807/2-809/1-809/2 ENTRE 1-JUN-18 Y 11-MAR-19= 193 PACIENTES

Procedencia Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios. Nº total = 23

Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas / Nª de llamadas al Endoscopista. Umbral=90 %
PORCENTAJE DE LLAMADAS CONSIDERADAS IDONEAS: 76 %

Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ Nº Endoscopias urgentes realizadas Umbral=100 %
Se considera que el 100% se han realizado con arreglo a los criterios de calidad respecto al personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera, junto con el resto del Servicio, que el protocolo ha funcionado correctamente.
La mejora en la disponibilidad de personal de enfermería y auxiliar, así como la realización de la endoscopia urgente en el área específica de endoscopias, ha supuesto un salto de calidad respecto a la situación previa a la instauración del protocolo.
Durante el periodo en que está en funcionamiento (unos 9 meses) no ha habido problemas relevantes respecto a la disponibilidad de camas en la Unidad de Hospitalización de Digestivo.
Quizá el aspecto a mejorar mas relevante sea tratar de optimizar la idoneidad de las llamadas al endoscopista de urgencia. No obstante, debe tenerse en cuenta, que algunas de estas llamadas, consideradas como no idóneas, son en realidad llamadas para consultar la indicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1219 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 1219

Título
ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
BAJADOR ANDREU EDUARDO, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, SORIA SANTEODORO MARIA TERESA, ALCEDO GONZALEZ JAVIER, BERNAL MONTERDE VANESA, SANCHEZ CUCALON SUSANA, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las nuevas condicionantes epidemiológicas y clínicas que concurren en los pacientes que sufren hemorragia digestiva aguda en la actualidad, han motivado que la Dirección del Hospital Universitario Miguel Servet tome la decisión del cierre de la Unidad de Endoscopias DIgestivas. Esta circunstancia nos obliga a llevar a cabo una serie de modificaciones en el manejo de estos pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico, como desde el punto de vista organizativo asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Nueva redacción del Protocolo de actuación en el paciente con Hemorragia Digestiva Aguda en colaboración con el S. de Urgencias.
Establecimiento de normas para la realización de la Endoscopia de Urgencia, con descripción de momento de la indicación, personal necesario y localización física tras la desaparición de la Unidad de Hemorragias Digtestivas.
Reorganización de la hospitalización del paciente en el S. de Digestivo con objeto de garantizar la disponibilidad de camas y su adecuada atención.

MÉTODO
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS.
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso.
Formación de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario para la atención endoscópica y en planta del paciente con HD Aguda.

INDICADORES
Incidencia Número de pacientes que presentan HD Aguda al año No
Procedencia Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios. Nº total.
Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas / Nª de llamadas al Endoscopista. Umbral=90 %
Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ Nº Endoscopias urgentes realizadas Umbral=100 %

DURACIÓN
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda: 2 meses.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS: 1 mes (primera reunión disponible).
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno: 1 mes.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso: 1 mes
Formación de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario para atención endoscópica y a atención en planta del paciente con HD Aguda: A lo largo de un año, se formará a todo el personal en especial al de nueva incorporación.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DEL RAQUIS

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHUERTA LORENTE LOURDES
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
CARMEN GARCES ESTHER
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-. Constitución de la Comisión de Patología del Raquis, en mayo de 2018. Formada por 3 facultativos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, siendo uno de ellos la responsable de la misma, Dra ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN, 3 facultativos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 3 facultativos del Servicio de Neurocirugía y 1 facultativo del Servicio de Anestesia y Reanimación.
-. Realización de protocolo/plantilla de derivación de patología del raquis a la Comisión, aceptación por la dirección y difusión del mismo a otros sectores, en mayo de 2018
-. Protocolo de derivación de pacientes a la Comisión desde Atención Primaria a través de la Unidad de Musculoesqueletico, mayo de 2018
-. Aceptación de pacientes de otros Sectores en la Comisión, junio de 2018.
-. Revisión de Cartera de los Servicios implicados y realización de la Vía Clínica del Raquis, septiembre 2018
-. Reuniones con periodicidad quincenal de la Comisión con revisión de todos los casos remitidos a la misma, septiembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-. % de pacientes derivados a la Comisión con la plantilla de solicitud cumplimentada: 37%, estándar 20%, dato registrado desde la misma Comisión
-. Nº de Comisiones de Patología de Raquis: 9 en 4 meses, estándar 12 al año, dato recogido desde la misma Comisión
-. % de pacientes intervenidos valorados por la comisión: No disponemos del dato porque no en este año no disponíamos de registro, el estándar es el 100%.
-. % disminución de entradas en el Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior: no hemos podido obtener el dato por estar la Comisión en periodo de formación, tratarse de LEQ diferentes con gran volumen de entradas y diversos procedimientos.
-. % pacientes intervenidos por patología del raquis en menos de 1 año: este objetivo se ha cumplido por parte de la Unidad de la Columna pero no en Neurocirugía, el estándar es del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-. Ha sido posible la creación de una Comisión con diferentes profesionales que tratan la misma patología, han realizado una vía clínica para el tratamiento de esta patología de forma que se disminuye la variabilidad y se potencia el trabajo multidisciplinar
-. Por medio del protocolo o plantilla de derivación se consigue que las derivaciones vayan siendo mas adecuadas y con los pacientes mejor estudiados de forma que disminuimos el numero de consultas y consecuentemente las demoras.
-. Queda pendiente la información de las derivaciones, registro de las actividades de la Comisión con el informe de cada uno de los pacientes valorados, seleccionar los procedimientos quirúrgicos que vamos a utilizar para plantear los objetivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/120 ========== ***

Nº de registro: 0120

Título
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, CARMEN GARCES MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DEL RAQUIS

ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información.
Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con patología de raquis a través de una vía clínica que establezca el tratamiento más adecuado en el lugar y momento correcto para cada paciente mediante un trabajo colaborativo entre todos los profesionales sanitarios implicados y consensuar criterios de inclusión en el RDQ.

MÉTODO
- Elaboración del mapa de proceso de la patología de raquis.
- Revisión de la cartera de servicios de procedimientos y técnicas de intervencionismo de columna vertebral.
- Constitución de una Comisión de Columna vertebral que valorará todos los casos que sean subsidiarios de precisar tratamiento quirúrgico.
- Favorecer la comunicación entre profesionales a través de la creación de una agenda virtual de recepción de derivación a la comisión y elaboración de una plantilla informatizada de solicitud de colaboración.

INDICADORES
- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- Nº comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

DURACIÓN
1º trimestre 2018: elaboración mapa proceso y constitución comisión
2º- 3º trimestre: revisión cartera procedimientos, elaboración plantilla y agenda virtual. Comunicación a profesionales e implementación
4º trimestre: evaluación de resultados y propuestas mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Fecha de entrada: 21/12/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMÓN
GARCES CARMEN
ACHA PEREZ MARIA ESTHER
NOYA JAVIER
CASTRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar la asistencia nutricional en el Hospital Universitario Miguel Servet, no sólo desde el punto de vista de la salud de los pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, la Dirección de enfermería ha transformado la Unidad funcional de enfermería de dietética, en la Unidad funcional de enfermería de nutrición y dietética, incorporando a la misma dos enfermeras para cubrir las necesidades asistenciales detectadas tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

Con la incorporación de las enfermeras a la unidad, durante el año 2008:
1. Se ha implantado el programa de cribado nutricional en las unidades de medicina interna del HUMS (plantas 10 y 11 HG) y en la planta 6º del HQ para el paciente incluido en el proceso de cadera
2. Se ha puesto en marcha la valoración del estado nutricional de los pacientes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional (oral, enteral, parenteral) así como de los pacientes con cribado nutricional positivo.
3. Se ha mejorado el Abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería de los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla, y muy especialmente en los pacientes con soporte dietético y nutricional (oral, enteral, parenteral)
4. Se ha implantado un programa de Educación Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de nutrición artificial, previa al alta hospitalaria. En este apartado se han elaborado vídeos formativos y manuales para entregar al paciente y otros profesionales.
5. Se han actualizado los protocolos de actuación ante la nutrición parenteral / enteral domiciliaria y de manejo de dispositivos.
6. Se ha mejorado en el seguimiento del estado nutricional al alta del paciente con nutrición artificial.
7. Aunque no se ha llegado a implantar la consulta de enfermería, se ha trabajado en el documento de funcionamiento de la consulta y su cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores que se han evaluado en el proyecto han sido:

1. % de pacientes a los que se les realiza cribado nutricional en las 72 primeras horas de su ingreso en las unidades de M. Interna: Standard 90%
• De 1892 pacientes ingresados en MI a 1842 se realiza cribado nutricional
- 97,36%

2. % de pacientes incluidos en el proceso de cadera a los que se les realiza cribado nutricional en las 72 primeras horas de su ingreso. Standard 90%
• De 488 pacientes ingresados a 482 se realiza cribado nutricional- 98,77%

3. % de pacientes de M. interna, con criterio de inclusión (must > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional. Standard> 95%
• De 318 pacientes totales en MI con criterio must > 2 a 310 se realiza valoración nutricional - 97,48 %

4. % de pacientes incluidos en el proceso de cadera, con criterio de inclusión (must > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional- Standard> 95%
• De 54 pacientes con criterio must <2 en la unidad de proceso cadera a 52 se realiza valoración nutricional - 96,29 %

5. Se ha Elaborado un programa de aprendizaje para el manejo de la nutrición artificial, enteral y parenteral (PANA)

6. % de pacientes con nutrición enteral de reciente instauración x parte del servicio de endocrino/ nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA. Standard> 95%
• De 57 pacientes con nutrición enteral de reciente instauración, 57 antes del alta hospitalaria han realizado el programa de aprendizaje- 100 %

7. % de pacientes con nutrición parenteral de reciente instauración por el servicio de endocrino/ nutrición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA. Standard>95%

• De 3 pacientes con nutrición parenteral de reciente instauración por el servicio de endocrino los 3 realizan el programa de aprendizaje PANA - 100 %

8. % de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por el servicio de endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria Standard>98%
• De 57 pacientes con nutrición artificial de reciente instauración x parte del servicio de endocrino, 57 completan al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria . 100 %

9. % de pacientes, incluidos en el proceso de cadera, con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones dietéticas al alta. Standard> 95%

• De 488 pacientes, incluidos en el proceso de cadera, con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de padecerla, a 482 se les da la hoja con recomendaciones dietéticas al alta : 98,77 %

10. Nº de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino y nutrición en los que contactamos telefónicamente con la coordinadora/ enfermera de AP. Standard> 90%
. En 60 pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino y nutrición se ha contactado telefónicamente con la coordinadora/ enfermera de AP de los 60: 100%

11. Consulta de enfermería: No se ha puesto en marcha. Se ha trabajado el marco teórico y se ha definido la cartera de servicios de la consulta.

Los datos se han obtenido de la base de datos que existe en la unidad de nutrición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con el proyecto que se ha implantado estamos garantizando el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a toda la población adulta dependiente sector Zaragoza II que lo requiera.
El programa nos ha permitido identificar pacientes que necesitan soporte en las unidades de medicina interna y proceso de cadera, así como asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional en estos pacientes.

Como dificultades encontradas, al no disponer en la actualidad de historia electrónica en las unidades donde hemos captado a los pacientes, el proceso de coordinación asistencial y continuidad de cuidados es más complejo.
Trabajar con historia electrónica nos facilitaría el trabajo asistencial y la continuidad de cuidados, así como la consulta de datos.

Durante el próximo año la idea seria continuar con la implantación del proyecto en las unidades de cirugía general / cirugía hepatobiliar de nuestro hospital y mejorar la continuidad de cuidados y la reevaluación en pacientes con riesgo moderado de desnutrición al alta hospitalaria

Queda pendiente la puesta en marcha de la consulta de enfermería de nutrición si definitivamente se finalmente se considera viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/131 ========== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, ACHA PEREZ JAVIER, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

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

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

PROBLEMA
La Nutrición y Dietética constituye el 1ªpaso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios.
La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general.
En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial.
Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:
Identificar pctes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de pctes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

MÉTODO
Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:
- Cribado Nutricional:
Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los pctes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional,así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:
- Seguimiento del pcte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP
Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que
al alta de MI y P. de cadera
presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de pctes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:
Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y domiciliaria AE/AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP

Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)

Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE

Revisión de las dietas codificadas en el HUMS

Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

INDICADORES
% pctes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en lunidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%

% pctes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) – 95%

% pctes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%

% pctes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%

% pctes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%

% pctes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%

Nº pctes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%

% pctes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%

% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas – 85%

Formación gestor de dietas – 2 sesiones

DURACIÓN
Marzo- junio 2018:
1.Revisión del proceso
2.Elaboración del programa aprendizaje
3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados
Septiembre- Diciembre 2018
1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formacion gestor dieta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

Fecha de entrada: 20/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN GARCES ESTHER
LANZUELA VALERO MANUELA
LAHUERTA LORENTE LOURDES
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
ORTAS NADAL ROSARIO
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA
NOYA CASTRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El día 16 de abril del 2018 se constituyó el GRUPO MULTIDISCIPLINAR, integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet, así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio.
Desde la primera reunión se han realizado 10 reuniones del grupo, con una periodicidad aproximada mensual (16/04, 27/04, 17/05, 25/05, 15/06, 22/06, 07/09, 18/10, 23/11 y 19/12). Se ha levantado acta de todos los puntos tratados/acordados por el grupo en cada una de las reuniones que, posteriormente, fue enviada a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.
A partir de la 4ª reunión, el Grupo Multidisciplinar contó con dos integrantes más: Médico de Atención Primaria del CS de Fernando el Católico y enfermera del Centro de Salud de San Pablo.
Por otra parte, dado que la labor de consenso del grupo lo requería, se invitó a asistir a profesionales del Servicio de Rehabilitación cardiaca del HUMS y del Servicio de Rehabilitación Cardiaca multihospitalario del HNSG.
La última reunión del Grupo Multidisciplinar se llevó a cabo en el Centro de Salud de Torrerramona, donde se mostró al grupo el programa Omi para su conocimiento.

2. Creación de CORREOS CORPORATIVOS en todas las Secciones del Servicio de Cardiología, así como en los dos centros médicos de especialidades (CME), como medio de comunicación fiable, ágil y seguro de solicitud de determinadas pruebas intraservicio. Permite la solicitud de pruebas previas a la consulta presencial en los CME, con la idea de aumentar consultas de acto único. Pendiente de protocolizar la solicitud de determinadas pruebas (p.e. holter-ECG de 24 horas) desde AP. Las consultas de los CME son de alta resolución ya que todas disponen de ecocardiógrafo.

3. Designación de un CARDIÓLOGO REFERENTE de los 18 centros de salud (CS), quien se encarga de reponder las solicitudes de consulta a través de la interconsulta virtual.

4. Inicio de SESIONES CLÍNICAS PRESENCIALES en los diferentes CS, con presencia del cardiólogo referente, en el horario habitual de las sesiones docentes del centro. Periodicidad aproximadamente mensual. Realizada o programada en 12 de los 18 CS referentes (3 de ellas en el área rural), con un total de 29 sesiones en los últimos 8 meses. El Inicio se ha retrasado en algunos centros como consecuencia de los importantes cambios en el personal médico.

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:
1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de videoconferencia del Salud Spontania, con la colaboración del Servicio de Informática del HUMS.

5. Creación de ALGORITMOS DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA VIRTUAL, con criterios consensuados por todo el Servicio de Cardiología (en sesión clínica del Servicio) para la adecuación de la derivación a consultas presenciales (generales y específicas) de pacientes consultados a través de la interconsulta virtual. Algoritmos que se han dado a conocer en todos los CS visitados.

6. Definición de DOS PROCESOS ASISTENCIALES CONSENSUADOS dentro del Grupo AP-AE cardiológica: Cardiopatía isquémica estable y Síndrome coronario agudo. Posteriormente, se mostrarán en sesión clínica en cada uno de los CS del sector 2.

7. JORNADA DOCENTE SECTORIAL AP-AE CARDIOLÓGICA, prevista dentro del programa de docente del HUMS del 2019,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

acreditada a docentes y discentes.

8. Puesta en marcha del PROYECTO CHECKLIST, con el propósito de detectar redundancias en citas/buzones pendientes de todos los pacientes hospitalizados en el Servicio. Hasta finales del mes de diciembre se ha revisado la HCE en el 100% de todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Cardiología.

9. Desde la Unidad de Rehabilitación cardiaca del HUMS y la Unidad multihospitalaria del HNG se ha puesto en marcha el INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, con el propósito de mantener la continuidad asistencial entre los dos niveles asistenciales. En situación de proceso a nivel de enfermería de hospitalización. Dentro del Grupo AP-AE cardiológica se encuentra en estudio la creación de "consulta de enfermería cardiológica" con el uso del programa OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Interconsultas contestadas a través de la consulta virtual en menos de 7 días (estándar >95%)
La celeridad en la respuesta de la interconsulta virtual también ha experimentado una mejora sustancial desde sus inicios, aunque en la actualidad se mantiene alejada del objetivo planteado.
• Durante los dos meses de año 2017, tan solo un 54% de las interconsultas se resolvieron en un tiempo inferior a 7 días.
• Durante el año 2018, el 72% fueron contestadas en menos 7 días, lo que representa una mejora del 33%.
Teniendo en cuenta, además que:
o Aproximadamente 1 de cada 5 (19%) interconsultas se resolvieron en menos de 24 horas y
o 1 de cada tres (37%) en menos de 48 horas.

2. Interconsultas resueltas de forma no presencial (estándar <20%)
El número de interconsultas aumentó de forma muy importante durante los primeros meses tras la implantación de la interconsulta virtual para, posteriormente, ir estabilizándose.
El porcentaje medio de resolución del mes de noviembre de 2017 fue del 18%, alcanzando el 25% de media desde el inicio y siendo del 27% de media durante en el último año 2018 (de enero a diciembre). Lo que representa una aumento del 50% en la resolución virtual durante éste, su primer año

3. Consultas presenciales desde AP y resueltas en CME en 30 días (estándar: 60%)
El porcentaje de consultas presenciales enviadas desde AP y resueltas en menos de 30 días también ha sufrido una mejora importante durante el último año aunque, de forma global, dista del objetivo actual planteado.
No obstante, sí se ha conseguido el objetivo en las consultas presenciales desde AP con carácter preferente, cuya demora media en diciembre-2018 oscila entre 14 y 51 días.

4. Consultas presenciales en CME y alta en AP con informe de alta en Hp-doctor (estándar: 60%)
El porcentaje detectado es mucho más bajo del esperado y traduce una inadecuada recogida de la información en la HCE de los pacientes visitados, así como una posible falta de captura en las altas realizadas desde el CME. Llama la atención la diferencia detectada entre la realización de informes en CEX del hospital (76%), donde se cumple el objetivo planteado y las consultas de los CMEs (0 y 1,7%),difícil de explicar.

5. Primeras consultas desde AP a cardiopatías congénitas con tiempo de espera (estándar < 50 días)
El planteamiento de este indicador resulta inadecuado ya que no se realizan consultas desde AP por cardiopatía congénita, por lo tanto no procede su valoración

6. Primeras consultas desde AP a la Unidad de diagnóstico rápido resueltas en 15 días (estándar: 80%)
La consulta de diagnóstico rápido (CDR) no ha cumplido el objetivo planteado. La estructura y gestión de esta consulta creada en 2015 distaba mucho de la filosofía de una consulta de este tipo, cuyo objetivo es valorar pacientes con patología potencialmente grave pero sin síntomas incapacitantes, cuyo estudio muy preferente pudiera hacerse ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario. La protocolización y creación de circuitos intraservicio, así como el cambio cultural de su cometido, ha llevado mucho más tiempo del esperado.
Esta consulta tiene acceso restringido y solo es accesible desde el propio servicio, sin acceso desde AP, por lo que el tiempo de resolución debiera contar desde su solicitud en la respuesta de la interconsulta virtual.
A lo largo de año 2018 se ha realizado la protocolización consensuada intraservicio de esta consulta, como consulta referente y restringida para pacientes con enfermedad cardiovascular potencialmente grave. Desarrollando protocolos de derivación y circuitos intraservicio.
En el momento actual no pueden extraerse resultados de indicadores quedando pendiente para 2019.

7. Ecocardiogramas transtorácicos realizados en < 30 días de su petición (estándar 30%)
El porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos, asociados o no a una prueba de esfuerzo en pacientes no ingresados en hospitalización, y llevados a cabo en menos de 30 días desde su solicitud, ha superado el 36% y, por lo tanto, el objetivo planteado.
Si consideramos también los pacientes ingresados el resultado alcanza el 80%.

8. Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía cardiaca con citación en consulta programada (50%)
Desde el pasado 12 de abril de 2018, el Servicio de Cardiología colabora en la gestión de la 1ª consulta en todos los pacientes dados de alta por el Servicio de Cirugía cardiaca tras una cirugía cardiaca mayor.
Los informes de alta de estos pacientes se distribuyen, mediante correo interno, por los diferentes servicios de cardiología de toda la Comunidad Aragonesa (previamente informados del proyecto) tan pronto como estos son recibidos en el servicio de Cardiología.
En nuestro sector, dichos informes son enviados a los responsables de ambos CMEs, para su gestión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

independiente, lo que ha permitido que el 81% de estos pacientes dispongan de una cita programada en CEX en menos de 60 días tras el alta hospitalaria.
De los 208 pacientes dados de alta en estos meses, se ha comprobado cita en HCE en más de un 94% y tan solo un 5% permanece pendiente de un buzón de citaciones.

9. Aplicación del check-list de revisión de citas cardiológicos pendientes al alta hospitalaria en el Servicio de Cardiología.
Durante los meses de julio a diciembre de 2018, se han revisado la presencia de buzones/citas pendientes en la HCE del 100% de todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Cardiología, con el siguiente resultado:
1335 pacientes ingresados en planta de Cardiología en los últimos 6 meses, con revisión de buzón/citas pendientes en HCE:
- Citas detectadas: 280. El 20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEX de cardiología.
- Buzones detectados: 140. El 10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEX de cardiología.
- Anulados: 99 buzones y/o citas, por considerarse redundantes e innecesarios, lo que representa:
  - 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología
  - 23,5% de todos los buzones/citas pendientes

Como resumen, los resultados expuestos representan un alcance dispar aunque en general optimista, de los objetivos inicialmente planteados en el proyecto. Objetivos difícilmente superables desde sus valores iniciales en tan solo 6 meses tras poner en marcha todas las actividades descritas. El logro completo de los mismos requerirá de un periodo de tiempo de evaluación mucho más largo. No obstante y a pesar de lo expuesto, las medidas operativas adoptadas han permitido obtener un importante descenso en los indicadores de gestión de la consulta externa del Servicio de Cardiología durante este último año, como son:
- Un descenso medio del 80,88% en los buzones de Primeras
- Un descenso medio del 14,12% en la demora >60 días en Primeras
- Un descenso medio del 54,57% en el total de consultas pendientes (buzón y citas)
- Una disminución media de la demora prospectiva en consultas del 37,93% (siendo superior al 100% en algún CME).
- Si comparamos 2017 con 2018:
  - Buzón de Primeras ha pasado de 1345 a 257.
  - Demora <60 días ha pasado de 170 a 146
  - Consultas pendientes (buzón+citas) ha pasado de 2558 a 1162
  - Demora prospectiva de consultas ha pasado de 112 a 51,84

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Grupo AP-AE cardiológico ha tenido éxito inicial en su creación y en la definición de dos procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS ha permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CME. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.

La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante un diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.

La puesta en marcha de un sistema de check-list en las altas de hospitalización ha permitido realizar un borrado de buzones y citas, consideradas redundantes e innecesarias en 23,5% de todas ellas.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales. No obstante, la situación actual dista mucho de ser la ideal por lo que será necesario promover mejoras en otros muchos otros procesos diagnóstico/terapéuticos, así como crear circuitos de colaboración que permitan ofrecer una AE cardiológica de calidad y a tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

7. OBSERVACIONES.
La información sobre el Proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico a la población/pacientes del sector II sería clave para su comprensión y conocimiento. Esto llevaría a la aceptación general del papel preponderante que el médico de AP tiene en la gestión de la enfermedad cardiovascular, siempre respaldado por el médico de AE cardiológica, mediante la interconsulta virtual y las sesiones conjuntas en cada uno de los CS.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/135 ========== ***

Nº de registro: 0135

Título
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.
El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.
Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Fundamental:
Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.
Específicos:
- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
- Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
- Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
- Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
- Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

MÉTODO
Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.
Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.
Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.
Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.
Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.
Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.
Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.
Definición de modelo de consulta de enfermería.

INDICADORES
Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días =95%
Interconsultas resueltas de forma no presencial =20%
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días =60%
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor =60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días =80%
Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días =80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición
=30%
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada =50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta =60%

DURACIÓN
Primer semestre:
Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.
Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.
Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.
Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.
Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
Elaboración de Checklist.
Informatizar lista de espera HD y EFL.
Segundo semestre:
Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.
Aplicación de Checklist.
Definición consulta Enfermería.
Difusión a profesionales de AP-AE.
Implantación de los protocolos realizados.
Evaluación continua.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ACHA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE DIEGO GARCIA PATRICIA
ZAPATA ADIEGO CONCEPCION
MELCHOR LACLETA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1.- Recogida de datos realizado mensualmente a través del servicio de admisión y gestión.
5.2.- Se creo una plantilla para la recogida de las enfermedades mas frecuentes vistas habitualmente en la especialidad.
5.3- Confección de una base de datos para saber el tiempo de respuesta dado a las consultas virtuales.
5.4.- Conocer la derivación segúnb los centros de Salud.
5.5.- Comunicación al final del año a los componentes del Servicio para su conocimiento y dar soluciones apropiadas en forma de sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1.- Nº DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RECIBIDAS EN EL AÑO 2018:
TOTAL: 3647
*CONSTESTADAS SIN DERIVACIÓN: 1323 (33%)
*DERIVADAS AL LA ESPECIALIDAD: 2324 (63,72%)
*DERIVADAS A CONSULTAS MONOGRÁFICAS: 195 (3,27%)
1.- Cirugía Bariátrica: 58
2.- Hipófisis: 12
3.- Transtornos Género: 16
4.- Nutrición: 111
6.2.- PORCENTAJE DE DERIVACIONES SEGÚN PATOLOGÍAS:% DE PACIENTES REMITIDOS POR CENTROS DE SALUD POR/1000 HABITANTES

*DIABETES: 26%, OBESIDAD: 12%, TIROIDES: 31%, NUTRICIÓN: 9%,, PARATIROIDES: 2%, SUPRARRENAL: 3%, HIPOFISIS: 2%,TRANSEXUALIDAD:2%, MISCELANEA (Hirsutismo, Ginecomastia, Hipogonadismo, Lípidos: 13%:

6.3.-% DE PACIENTES REMITIDOS POR CENTROS DE SALUD POR/1000 HABITANTES
*CS ALMOZARA 11%
*CS CAMPO DE BELCHITE: 18%
*CS CANAL IMPERIAL: 13%
*CS FERNANDO EL CATÓLICO: 14%
*CS FUENTES DE EBRO: 9%
*CS JOSE RAMON MUÑOZ: 12%
*CS LAS FUENTES: 10%
*CS PARQUE ROMA: 11%
*CS PUERTA DEL CARMEN: 11%
*CS REBOLERIA: 13%
*CS SANJOSE NORTE: 15%
*CS SAN PABLO: 8%
*CS SASTAGO: 12%
*CS TORRERO-LA PAZ: 10%
*CS VALDESPARTERA: 3%
6.4.- CONTESTACIÓN TELAMÁTICA NO DERIVADAS A CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD EN TRAMOS DE DÍAS:

< 24 HORAS: 213
24-48 HORAS: 402
48-72 HORAS: 164
72-96 HORAS: 76
96-120 HORAS: 427
>120 HORAS: 31

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7.1.- Creemos que la consulta virtual ha facilitado una comunicación más directa, rápida y eficaz con atención primaria.
7.2.- Nos ha dado a conocer el tipo de patología más frecuente derivada. Este macanismo nos va a dar pautas para establecer en un futuro criterios de derivación-comunicación conjunta con primaria.
7.3.- Existe una gran variabilidad en la derivación por centros de salud (tendremos que analizar las causas).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

7.4.- Pensamos que el tiempo de derivación ha sido el idóneo en la mayor parte del año, con puntos de mayor tardanza en vacaciones, navidad y semana santa. Habrá que gestinar mejor en los próximos años estos picos de demora
7.5.- Hay que seguir trabajando en mejorar esta mágnifica herramienta de trabajo de comunicación entre profesionales y extenderla a especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1211 ========== ***

Nº de registro: 1211

Título
ANALIIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
ACHA PEREZ JAVIER, DE DIEGO GARCIA PATRICIA, ZAPATA ADIEGO CONCEPCION, MELCHOR LACLETA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha por el SALUD, a finales de septiembre de 2017 de la consulta virtual, la relación entre atención primaria y especializada ha empezado a marcar un nuevo rumbo, que se espera que mejore la eficiencia, rapidez y calidad de la consulta a nuestros pacientes.

Es una gran oportunidad de mejora para nuestro servicio, ya que nos va a facilitar el conocer y cuantificar de una manera más exacta las causas de consulta y poder establecer una vía de comunicación más directa y fructífera entre la atención primaria y especializada.
Asimismo, nos permitirá dentro del servicio establecer criterios de uniformidad en las respuestas para disminuir la variabilidad y conocer más extensamente las causas de derivación, al recabar una información más global y completa

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer el nº de interconsultas virtuales recibidas durante el año 2018
2. Establecer el % de pacientes remitidos por patologías (Diabetes, Tiroides, Hipófisis, Suprarrenales, Obesidad, Nutrición, Miscelanea, Transexualidad).

Dentro de estas:
el % remitido directamente a consulta presencial
el % remitido a consulta monográfica
el % remitido devuelto directamente al MAP
el % remitido por los distintos centros de salud y por patologías
% de consultas cuya derivación es inadecuada

MÉTODO
1. Se recogerán los datos a través del servicio de admisión.
2. Análisis de resultados trimestralmente.
3. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y comunicación con los coordinadores de los centros de salud

INDICADORES
1. Nº total de consultas virtuales realizadas en el año 2018
2. % - Número de pacientes remitidos a las consultas de endocrinología general/ nº total de consultas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

virtuales
3. % - Número de pacientes derivados a las consultas monográficas/nº total de consultas virtuales
4. % - Número total de consultas devueltas directamente a AP/ nº total de consultas virtuales
5.- %- Nº de consultas por centros de salud/nº total de consultas virtuales.
6.- %- Nº de consultas virtuales por patologías.

DURACIÓN
1. Será de un año (2018)
2. Recogida de datos facilitada por el servicio de admisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1334

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRITICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA
GARCIA NAVALON PILAR
DE DIEGO GARCIA PATRICIA
MARTINEZ GARCIA MARIA
LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA
GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado educación sanitaria y entrenamiento familiar en 68 pacientes (30 mujeres y 38 hombres) de edad media 68 años. La distribución por meses ha sido durante 2018= Enero 0/4, Febrero 3/5, Marzo 3/4, Abril 7/7, Mayo 6/6, Junio 4/4, Julio 10/10, Agosto 4/4, Septiembre 7/7, Octubre 10/10, Noviembre 7/7 y Diciembre 6/6.
Por patologías: 17 cirugía maxilofacial/ORL, Medicina Interna 9, ELA 7, Oncología 5, Neurología 3, Hospital de semana 4, Geriatría 4 y neurocirugía 1.
Las vías de administración de nutrición han sido: SNG con geringa 17, SNG con gravedad 1, PEG con bomba 5, PEG con jeringa 40 y PEG gravedad 3.
Respecto a la evolución, en febrero de 2019 habían fallecido 26 pacientes y reingresado 32.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
iNDICADORES:
1-Porcentaje de pacientes que se dan de alta del Hospital Universitario Miguel Servet con sonda a los que se les atiende con este programa=90.66%.
Todo paciente que es dado de alta con sonda de nutrición debe ser valorado por la Unidad de Nutrición para la prescripción de nutrición enteral con informe para Inspección Médica. Al inicio del año no se realizaba la educación reglada al no disponer de personal de enfermeria (Enero 0/4: ninguna educación reglada de 4 pacientes dados de alta), pero en Febrero ya se inició (3 de 5 pacientes) y en marzo aún no llegó todo completo (3 de 4) pero a partir de abril, todos los pacientes ya han recidido esta educación y entrenamiento. Previamente a disponer de personal de enfermería, la educación la realizaba el médico de la unidad pero ahora disponemos de material didáctico propio y tiempo para la explicación.
2-Porcentaje de pacientes a los que se les ha incluido en este programa y requieren reingreso por problemas relacionados con la nutrición enteral: De los 68 pacientes valorados, reingresaron en el año 2018 un total de 32 pacientes. Estos pacientes suelen ser pacientes complejos y reingresan por su patología de base, excepto en 2 pacientes que reingresaron por intolerancia a la nutrición en el contexto de su enfermedad neurológica (ELA) que corresponde a 2.94%
3-Encuesta de satisfacción de los cuidadores: Se valora de 1 a 5 los siguientes aspectos: Claridad de las explicaciones 4.8, Confianza en realizarlo en casa 3.9, Material escrito facilitado 3.7

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta actividad ya forma parte de las actividades asistenciales de la Unidad de Nutrición y Dietética. La satisfacción no solo es para el paciente y cuidador sino también para el personal de la planta de hospitalización donde está ingresado el paciente porque facilita el alta hospitalaria al estar el paciente confiado en que lo podrá realizar en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1334 ========== ***

Nº de registro: 1334

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, BIMBELA SERRANO MARIA TERESA, GARCIA NAVALON PILAR, TRINCADO AZNAR PABLO, DE DIEGO GARCIA PATRICIA, MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1334

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRITICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

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

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

PROBLEMA
La nutrición enteral por sonda es una vía de alimentación necesaria cuando el paciente no puede o no debe ingerir alimentos por vía oral pero el tubo digestivo es útil. Esta situación es frecuente en pacientes con disfagia como los que sufren enfermedades neurológicas agudas (accidente cerebro vascular) o crónicas (demencia, Parkinson, ELA…) así como procesos oncológicos de cabeza o cuello y cirugía digestiva, que impiden la correcta utilización de la vía oral. Al alta hospitalaria el paciente debe recibir la información necesaria para mantener un correcto estado nutricional, ya que el aporte de nutrición e hidratación que se prescriba será el único que reciba. Por otra parte, el cuidador requiere unos conocimientos y habilidades para su manipulación, administración, mantenimiento y cuidados de la nutrición, de la sonda y de la piel periostomal. Por último, se le debe ofrecer una clara programación de su asistencia continuada posterior para su tranquilidad y eficacia nutricional en domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes que van a ser dados de alta del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza con nutrición enteral por sonda, tanto de servicios quirúrgicos como médicos.
Dichos pacientes deben ser dados de alta con un programa de nutrición enteral domiciliaria en el que se asegure la tolerancia a la nutrición enteral, el aporte indicado de nutrición enteral y agua, la forma adecuada de administración de su medicación habitual, el conocimiento de autocuidados personales y de la sonda (equipo de administración), así como una planificación de los cuidados posteriores en domicilio y seguimiento en consultas externas.
- Contribuir a la mejora del estado nutricional de los pacientes que requieren nutrición por sonda tras el alta hospitalaria
- Adiestrar a pacientes y/o cuidadores en el manejo y mantenimiento de la nutrición enteral por sonda
- Asegurar la continuidad de cuidados con el Equipo de Atención Primaria del paciente que requiere nutrición enteral por sonda en su domicilio.

MÉTODO
- La captación de los pacientes con sonda para nutrición enteral se realiza mediante hoja de interconsulta escrita o llamada telefónica al busca de la Unidad de Nutrición y Dietética (UND).
- Prescribir el tipo de nutrición enteral y agua, así como su cantidad, individualizada para cada paciente.
- Facilitar la primera receta y el informe para Inspección Médica de la nutrición enteral.
- Realizar educación sanitaria individualizada del paciente y su cuidador sobre la manipulación y cuidados de la sonda, administración de la nutrición enteral por sonda, los cuidados del estoma, la higiene bucal y las complicaciones más frecuentes que pueden surgir así como la manera de prevenirlas y tratarlas.
- Facilitar vías de comunicación con la UND para el abordaje rápido de las complicaciones, tanto para el paciente y/o cuidador, como del equipo de Atención Primaria que le atiende.
- Planificar el seguimiento en consultas externas para ajuste de tratamiento y revisión de recambios de sonda.
- Coordinar el alta con su equipo de Atención Primaria para los cuidados del paciente y el material que debe suministrar al paciente para continuar el mantenimiento y la administración diaria de la nutrición.

Independiente del Servicio o Unidad en el que haya estado ingresado, todos los enfermos deberían ser dados de alta con un informe de alta de la UND, una citación programada para revisión en la consulta de nutrición (GNUTRI).

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes que se dan de alta del Hospital Universitario Miguel Servet con sonda a los que se les atiende con este programa 90%
- Porcentaje de pacientes a los que se les ha incluido en este programa y requieren reingreso por problemas relacionados con la nutrición enteral < 10%
- Encuesta de satisfacción de los cuidadores

DURACIÓN
La duración será continua durante todo el año y siguientes.
Calendario: el manual lo tenemos redactado en fase de pruebas y la implantación del proyecto será inmediata.
Este programa se incluye en la actividad asistencial diaria de la UND de forma que no tiene finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1334

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRITICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VANESA CAÑADA ASENSIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILAR SIERRA MARIA PILAR
ESTEBAN SOMOLINOS LAURA
VAQUERO LAZARO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se ha iniciado en el año 2018 en el bloque quirúrgico del edificio multifuncional y del hospital materno infantil.
Hemos realizado un póster visual, con imágenes de los diferentes tipos de contenedores disponibles en nuestro centro, donde se muestran las características que deben tener los mismos para garantizar su esterilidad.
Se han llevado a cabo sesiones formativas en las áreas quirúrgicas, apoyadas con una presentación audiovisual y se han repartido los posters para cada quirófano donde se ha impartido la sesión.
En la sesión formativa hemos valorado la adquisición de conocimientos, mediante la cumplimentación de un test y pre y post intervención realizada, lo que nos ha permitido evaluar la efectividad del programa formativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado un poster a color, tamaño DIN A3 plastificado para colocar en los bloques quirúrgicos y el servicio de esterilización.
Se han realizado 6 sesiones formativas dirigidas a enfermeras y TCAEs del bloque quirúrgico y del unidad de enfermería de esterilización.
Para valorar la efectividad del programa formativo hemos realizado un cuestionario de valoración que consta de diez preguntas con tres posibles respuestas, salvo la pregunta 9 que tenía cuatro opciones. La metodología utilizada fue pasar dos veces el mismo cuestionario a los profesionales que asisten a a sesión formativa, antes y después de la intervención realizada, para así poder comparar los resultados.
De forma global, y analizando los datos obtenidos, observamos que ha habido una mejora de los conocimientos adquiridos por parte del personal de enfermería del bloque quirúrgico y del servicio de esterilización tras la realización de la sesión formativa . Calculando la media podemos decir que de forma global se ha mejorado el conocimiento que tiene el personal sobre las condiciones de esterilidad de un contenedor en un 12,52% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Uno de los aspectos claves de nuestra central de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados. Con este proyecto hemos intentado disminuir los errores que se pueden producir en nuestra central de esterilización.
Con el proyecto que hemos llevado a cabo, hemos sido conscientes de que tenemos que mejorar la comunicación entre el bloque quirúrgico y la central de esterilización así como debemos mejorar el conocimiento del trabajo que se lleva a cabo en ambas áreas.
Dada la rotación existente del personal de enfermería en los dos servicios es preciso tener definido un programa formativo para el personal de nueva incorporación o contar con una herramienta que te permita adquirir los conocimientos. En nuestro caso utilizamos el póster como herramienta visual que nos ayuda en nuestro trabajo del día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/785 ========== ***

Nº de registro: 0785

Título
FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

Autores:
CAÑADA ASENSIO VANESA, VILAR SIERRA MARIA PILAR, ESTEBAN SOMOLINOS LAURA, VAQUERO LAZARO NOELIA, DELGADO CALVO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

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

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

PROBLEMA
La Central de Esterilización, del Hospital universitario Miguel Servet, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un consumo seguro para ser usado con el paciente.
Uno de los aspectos claves en las centrales de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados, para lo que se utilizan distintos sistemas cerrados de empaquetado, que intentan garantizarlo, actuando como eficaces barreras contra los microorganismos.
Dentro de los sistemas de empaquetado, los contenedores rígidos son recipientes herméticos, termo resistente y reutilizables, dentro de los cuales se puede esterilizar y transportar el material.
Para asegurar la calidad del producto estéril en un contenedor rígido, es imprescindible, mantener la integridad física de la estructura y de los mecanismos de cierre, así como seguir las instrucciones del fabricante para el uso correcto de los mismos en relación a la colocación de los filtros.
Tras las incidencias recogidas en el servicio de esterilización se ha detectado que diferentes modelos de contenedores han sido distribuidos a quirófano con irregularidades tanto en su estado como en la colocación errónea de los filtros lo que no garantiza el estado de esterilidad del instrumental que servimos.
Dentro de este marco conceptual dirigir estrategias para la reducción de incidencias sobre la esterilidad de instrumentos quirúrgico, es uno de los principales objetivos del servicio de esterilizacion.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
- Proporcionar un producto estéril con la máxima garantía de calidad para los usuarios del hospital
Específicos
- Adquirir la habilidad, el conocimiento y las técnicas necesarias para realizar una inspección eficiente de los contenedores tanto en la central de esterilización como en el bloque quirúrgico que nos permita identificar las características fundamentales que otorgan a un contenedor la condición de estéril
- Reconocer las posibles modificaciones del contenedor que suponen un riesgo en su uso.
- Colocar una barrera más de protección hacia el paciente, mediante la formación del personal de quirófano, siendo posible detectar un error ocurrido durante el proceso de esterilización.

MÉTODO
El proyecto se iniciará en el año 2018 en el bloque quirúrgico A y el bloque del infantil
• Realizar póster visual informativo para ubicar en los diferentes quirófanos
• Realizar sesiones formativas apoyadas con una presentación visual
• Realizar un calendario para la impartición de estas sesiones
• Realización de la evaluación de adquisición de conocimientos y de su influencia en la práctica habitual

INDICADORES
• Nº de poster informativos entregados en bloque quirúrgico -
Durante el año 2018 se entregarán los posters en el bloque A, Quirófanos del infantil y central de esterilización
• Nº de sesiones formativas realizadas
Se realizarán como mínimo 6 sesiones formativas en el año 2018
• Comprobación de adquisición de conocimientos y habilidades previstas
Pre y post test a los participantes de las sesiones formativas. El 80% de los participantes cumplimentarán el test
• Influencia de la formación en la práctica habitual
- Observación directa de la correcta inspección de los contenedores en los quirófanos implantados
- Revisión de incidencias detectadas en la central de esterilización en relación a los contenedores rígidos de los quirófanos donde se ha implantado el proyecto.

DURACIÓN
• Realizar póster visual informativo: abril – mayo 2018
• Sesiones formativas: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
• Comprobación de adquisición de conocimientos: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
• Observación directa de la inspección que se realiza a los contenedores, en los quirófanos donde se ha implantado el proyecto: Noviembre – Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

OBSERVACIONES
Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar la formación en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM MERCHANTE ANDREU
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Generalizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina: La actividad se ha incrementado un 230% respecto al año anterior.
o Implantar la monitorización de Amikacina: Ya puesta en marcha la técnica analítica. A lo largo de esta semana se hará la difusión a los Servicios.
o Desarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad: Se ha desarrollado una base de datos que facilita la explotación de datos y la obtención de indicadores de actividad.
o Formación del personal implicado: Se ha realizado formación a todas las Supervisoras de Enfermería del Centro (4 sesiones de una hora), para que ellas transmitan esta información a sus correspondientes equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%. Resultado: 98.24%

2. % pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. Objetivo> 70%. Resultado: 71.68%

3. Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado. Resultado: Informe no realizado por el momento.

4. Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8: Se ha formado a las Supervisoras (formador de formadores) de todas las unidades con ingreso de pacientes. Se realizaron cuatro bloques de formación: Materno-Infantil, Hospital General, Bloque Quirúrgico y UCIs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente generalizar monitorización Amikacina.
Pendiente definir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.
Necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos...)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1551 ========== ***

Nº de registro: 1551

Título
MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Autores:
MERCHANTE ANDREU MIRIAM, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, VINUES SALAS CARLOTA, SIMAL GIL ESTRELLA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, GARCIA GONZALEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

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

PROBLEMA
La farmacocinética clínica aplica los principios de la farmacocinética para obtener el mejor régimen terapéutico para cada paciente, sugiriendo al médico prescriptor un régimen de dosificación más seguro y efectivo, basado en la interpretación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos, en lugar de hacerlo en base únicamente a decisiones empíricas.
Numerosas publicaciones demuestran que la “dosis habitual” de muchos medicamentos puede producir poco efecto en algunos pacientes, en otros puede desarrollar efectos adversos serios, y sólo en una parte de los pacientes se puede lograr el efecto terapéutico deseado. El uso de dosis estandarizadas que producen efectos sub-terapéuticos, puede conllevar la aparición de resistencias, la suspensión o el cambio de tratamiento, con frecuencia por alternativas más costosas.
En nuestro Servicio comenzamos la monitorización de Vancomicina y Gentamicina en enero de 2017, en colaboración con el grupo PROA y el Servicio de Bioquímica. En 2017 se monitorizaron 137 pacientes, el 74% estaban fuera de rango terapéutico antes de la monitorización, tras la monitorización, estaban en rango el 86.4%.
Se ha detectado la necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos, medicamentos biológicos), así como impulsar la formación y el conocimiento entre el personal.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
oGeneralizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina.
oImplantar la monitorización de Amikacina.
oDesarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad.
oFormación del personal implicado
oIncorporar la monitorización de anti-TNF como una herramienta de ayuda en el tratamiento de pacientes con terapia biológica en enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Población diana:
oAntibióticos: Pacientes ingresados en el HUMS En especial pacientes ancianos, Críticos, con insuficiencia renal y neonatos.
oMedicamentos biológicos: Pacientes tratados con infliximab, adalimumab y etanercept,a los que se les dispensa medicación desde el S.de Farmacia (Digestivo, Reumatología y Dermatología)

MÉTODO
oIncrementar la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica
oImplantar la monitorización de Amikacina. Actualmente en fase de validación de la técnica
oDiseñar una base de datos que permita facilitar el registro y explotar la información
oFormación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y se les facilitará material explicativo.
oDefinir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

INDICADORES
Los indicadores a medir son:
1.% peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%
2.% pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. Objetivo=70%
3.Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado
4.Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8

La información se obtendrá de los registros de Servicio de Farmacia y Bioquímica

DURACIÓN
oIncrementar el número de pacientes a los que se realiza monitorización de Vancomicina y Gentamicina? Inicio: Desde momento de aprobación de proyecto. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oImplantar la monitorización de Amikacina? Inicio: Septiembre 2018. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oDesarrollo de una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad? Inicio: Septiembre 2018. Finalización: Diciembre 2018.
oFormación del personal implicado (Realización de sesiones formativas): Inicio: Setiembre 2018. Finalización: Mayo 2019.
La responsable de todas las actividades anteriores es Miriam Merchante
oDefinir un procedimiento para la monitorización de anti-TNF: Inicio Septiembre 2018. Fin Mayo 2019. Responsables: Todo el equipo del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES 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 - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CUARTERO ROSA
TORMO BOZAL RAQUEL
CONSTANTIN ANCUTA
MARTINEZ LACARRA SANDRA
ESCABOSA ALEGRE MAR
GRACIA CUADRADO LIRIA
GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las primeras tres actividades propuestas se iniciaron según el calendario propuesto, en junio /2018.
1.- Diseño de un informe de alta multidisciplinar que contiene plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Definición de la población geriátrica hospitalizada en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) que más precisa la continuidad asistencial (población diana). Se ha elaborado una plantilla con los criterios de población diana, que se debe cumplimentar en cada paciente que ingresa en la UGA.
3.- Elaboración de una encuesta sencilla compuesta por 5 preguntas para el seguimiento telefónico al paciente "diana"/cuidador tras alta hospitalaria, que nos permitirá una evaluación de continuidad asistencial.
Se ha diseñado una hoja de cálculo Excel para registrar toda la información recogida: si el paciente ha recibido informe de alta multidisciplinar, si se ha realizado contacto con EAP, MAP y/o T. Social, si se ha realizado encuesta telefónica, si el paciente tras el alta hospitalaria ha tenido que acudir al servicio de Urgencias o si ha habido modificación farmacológica, si su autopercepción de salud se ha modificado y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el ingreso hospitalario.
Se propone que el proyecto siga en el año 2019, para que se puedan poner en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinares, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Diseño de informe único multidsciplinar. Resultado: SI. (estándar: SI)
Definición de criterios de "pacientes diana". Resultado: SI. (estándar: SI)
A pesar de disponer las herramientas necesarias para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo, durante este año no existen todavía resultados de los siguientes indicadores: Nº de informes de lata multidisciplinares, Nº de contactos telefónicos, Nº de interconsultas virtuales respondidas y Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente.
La razón es que las primeras actividades han llevado más tiempo del previsto, ya que se han finalizado en diciembre/18 en vez de septiembre/18. Posteriormente la puesta en marcha se ha pospuesto en espera de la estabilización de la plantilla de enfermería y TCAE, tras la unificación de las unidades de enfermería en Geriatría del HUMS y HGDZ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de este proyecto de calidad nos ha permitido trabajar en equipo, elaborando un informe multidisciplinar que permita comunicar información útil del episodio de hospitalización al equipo de Atención Primaria. Este esfuerzo nos ha hecho aprender lo importante que es tener en cuenta la opinión de cada uno de los profesionales que participamos en el cuidado del paciente geriátrico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1118 ========== ***

Nº de registro: 1118

Título
FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA, TORMO BOZAL RAQUEL, CONSTANTIN ANCUTA, MARTINEZ LACARRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

SANDRA, ESCABOSA ALEGRE MAR, GRACIA CUADRADO LIRIA, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.
Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
3- .Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
4.-Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
5.-Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
6.-Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

MÉTODO
1.- Diseñar informe de alta multidisciplinar que contenga plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
5.- Seguimiento telefónico al paciente “diana”/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

INDICADORES
1.- Diseño de informe único multidsciplinar. Resultado: SI
2.- Nº de informes de alta multidisciplinares /nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
3.-Definición de criterios de “pacientes diana”. Resultado: SI.
4.-Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%
5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%.
6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/nº “pacientes diana”. Resultado: >70%.

DURACIÓN
El proyecto comienza en junio/18 con el diseño de informe conjunto multidisciplinar, la definición de “pacientes diana” y el desarrollo de encuesta de evaluación. Se prevé terminar con estas actividades en septiembre/18.
En octubre/18 se pondrán en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinares, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.
En mayo /19 se propondrá propuesta de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES
El proyecto con las mejoras propuestas continuaría en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
LOPEZ FORNIES ANA
GORGAS SORIA CARMEN
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON
TORRON MONTERDE NATALIA
DOMINGUEZ BARRIOS PAULA
ESCABOSA ALEGRE MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
2. Protocolización de la valoración integral. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
3. Definición de la intervención interdisciplinar en la valoración al ingreso de cada miembro del equipo. Realizado en el mes de junio 2018.
4. Diseño de documento para la recogida de datos para la valoración geriátrica integral. Realizado entre junio y septiembre de 2018. Elaborado en formato pdf.
5. Elección de escalas validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
6. Pendiente de presentación del documento para la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y del tríptico informativo de la Unidad a la Comisión de Historias Clínicas del HUMS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Diseño de protocolo que guía al personal en la recogida de datos. SI.
2.Protocolo de valoración y documento de recogida de datos. SI.
3.Elaboración del tríptico informativo de la Unidad. SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de este proyecto permite:
1.Realizar la valoración geriátrica integral al ingreso hospitalario de forma estructurada sin duplicar información del paciente y permitiendo complementar los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar.
Pendientes de desarrollo:
- Puesta en marcha de la recogida de datos del mediante el documento de Valoración Geriátrica Integral (VGI) elaborado.
- Entrega a familiares y pacientes del tríptico informativo de la Unidad a su ingreso hospitalario.
- Presentación del personal y de la responsable de enfermería al ingreso.
- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima.
- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.
2.Adquisición por parte de todo el personal de la Unidad de Geriatría el compromiso de la realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) al ingreso hospitalario facilitando la información referente al funcionamiento de la unidad a través de información verbal complementada con el tríptico informativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1192 ========== ***

Nº de registro: 1192

Título
MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Autores:
RUIZ MARISCAL MARTA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, LOPEZ FORNIES ANA, GORGAS SORIA CARMEN, PEREZ RONCERO GONZALO RAMON, TORRON MONTERDE NATALIA, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, ESCABOSA ALEGRE MAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Diseñar protocolo que guíe al personal en la recogida de datos.
2.- Elección de escalas de valoración validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional.
3.- Aumentar la seguridad en la atención al paciente mediante la mejora de la valoración geriátrica integral.
4.- Valorar el grado de satisfacción de paciente/familiar mediante una encuesta anónima.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO
1.- Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Todo el equipo de mejora.
2.- Definición de la intervención de cada miembro del equipo multidisciplinar en la valoración al ingreso. Todo el equipo de mejora.
3.- Diseño de documento para recogida de datos durante la valoración integral, donde se contemplen los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar. Todo el equipo de mejora.
4.- Elaboración de un tríptico informativo de la unidad dirigido a pacientes y familia. Todo el equipo de mejora.
5.- Protocolización de la valoración integral. Todo el equipo de mejora.
6.- Identificación del personal responsable al ingreso. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
7.- Presentación de la supervisora de la unidad al paciente y familia al ingreso. Marta Ruiz Mariscal.
8.- Recogida y registro, de manera estandarizada y estructurada, de la información necesaria para diagnosticar las necesidades del paciente según categoría profesional. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
9.- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.
10.- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

INDICADORES
Protocolo de valoración y documento de recogida de datos: Sí.
Mejora de resultados en cada escala al alta: 50%.
Cumplimentación del protocolo de valoración al ingreso: 65%.
Encuesta de satisfacción al paciente/familia: Sí.
Encuesta de satisfacción al personal sanitario implicado (médicos y enfermería): Sí.

DURACIÓN
Fecha de inicio: junio 2018.
Definición de los criterios de valoración según categoría profesional: Junio 2018.
Elaboración del protocolo y del documento: Junio -Septiembre 2018.
Elaboración del tríptico informativo: Junio-Septiembre 2018.
Realización de la valoración integral según categoría profesional: Octubre/18-Junio/19.
Entrega del tríptico informativo al paciente y familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Presentación del supervisor/a de la unidad al paciente y a la familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción del personal: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción usuario: Octubre/18-Junio/19.
Propuesta de mejora: Junio 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEZA PEREZ CARMEN
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
DOMINGUEZ BARRIOS PAULA
RUIZ MARISCAL MARTA
CATALAN ESTEBANEZ OSCAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Elección de escala validada que facilite la cumplimentación del documento de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas. Realizado en junio de 2018.
2.Diseño del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-toma de decisiones consensuadas, para incluir en la Historia Clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Realizado en junio de 2018.
3. Elaboración de una tabla para la recogida de datos. Formato EXCEL. Realizado en agosto-septiembre de 2018.
4.Presentación del documento a la Comisión de Historias Clínicas del HUMS.
Realizado en septiembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Diseño del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas, para incluir en la Historia Clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). SI.
2. Elaboración de tabla para la recogida de datos. SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de este proyecto permite:
1.Mejorar la atención del paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar, así como la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.
2.Unificar criterios para la toma de decisiones en relación a la limitación del esfuerzo terapeutico.
Pendiente de desarrollo:
-Inclusión del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas, en la Historia Clínica.
-Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico responsable, al ingreso del paciente.
-Revisión semanal de los documentos cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente; o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico.
-Desarrollo de reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento.
-Realización de encuesta a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad de la herramienta desarrollada.
Adquisición de conciencia de la necesidad de consenso en la toma de decisiones entre los miembros del equipo implicados en la atención del paciente anciano frágil, para mejorar con ello la calidad de la atención prestada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1202 ========== ***

Nº de registro: 1202

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, DEZA PEREZ CARMEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, RUIZ MARISCAL MARTA, CATALAN ESTEBANEZ OSCAR, FERNANDEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria.
El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Éstas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso.
En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos(UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios; en la que se recoja:
-Motivo del ingreso.
-Existencia de voluntades anticipadas.
-Indice frágil-VIG.
-Indicación de reanimación cardiopulmonar o no.
-Indicación de aviso a UCI.
-Indicación de medidas intensivas en planta (Nutrición parenteral/enteral por SNG; Transfusión; Drogas vasoactivas)
-Indicación de medidas conservadoras en planta (tratamiento intravenoso, subcutáneo, antibiótico, exclusivamente sintomático).
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO
1.- Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos (UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Carmen Deza Pérez.
2.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
3.Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.El médico responsable y un enfermero/a.
4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

INDICADORES
1 Realización del documento. Si
2. Inclusión del mismo en la Historia Clínica.Sí
3.Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico y enfermero/a responsable, al ingreso del paciente.(>ó=50%).
4.Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (>ó=50%)
5.Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. Si
6.. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). Si

DURACIÓN
-Diseñar el documento de la Historia clínica: junio/18.
-Inclusión del mismo en la Historia Clínica: julio-septiembre/18.
-Cumplimentación del documento: septiembre/18-marzo/19.
-Revisión mensual:septiembre/18-marzo/19.
-Encuesta de satisfacción: abril-mayo/19.
-Propuesta de mejora del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico.mayo/19.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALODIA DE VAL LAFAJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN
VILLAR SAN PIO TERESA
AZABAL MARTIN LORENA
TRASOBARES GRACIA CRISTINA
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
ARASCO CABEZUELO JORGE
DE LA PIEDRA GIMENO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Test de volumen-viscosidad MEC-V adaptado a pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.

Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudin).

Enseñanza de cómo llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando el cepillo específico y el colutorio antiséptico necesarios.

Facilitación de trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se ha diagnosticado disfagia.

Elaboración del test de volumen-viscosidad adecuado a nuestra Unidad para mejorar el proyecto, incluyendo el ítem de disfagia previa al ingreso y el de episodios de broncoaspiración durante el ingreso.

Todas las actividades se han realizado dentro del calendario previsto: de enero de 2017 a diciembre de 2018.

Recursos empleados: agua a temperatura ambiente, espesante neutro, jeringa de alimentación (50-100 ml), vasos para la preparación de viscosidades, cucharas, pulsioxímetro y aspirador de secreciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado y registrado 280 test de volumen-viscosidad MEC-V de enero a diciembre de 2018. Se ha detectado disfagia en 105 pacientes, adaptándose la dieta de los mismos y facilitando el tríptico informativo con las recomendaciones pertinentes en los casos seleccionados.

Se ha llevado a cabo la educación de cuidadores en cuanto a la higiene bucal pre y postprandial se refiere.

Se ha mejorado la atención de los pacientes con riesgo de broncoaspiración, disminuyendo el número de broncoaspiraciones durante el ingreso, tratando los casos de desnutrición detectados y atendiendo a las expectativas de los profesionales que participan en el proyecto.

Los indicadores que hemos elaborado han sido:

Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = 280 x 100/600 = 46,6% (dista del 90% establecido como objetivo por los problemas derivados del cambio de planta del servicio de Geriatría con cambios frecuentes en el personal temporal existente).
Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales = 10500/600 = 17,5 %
Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio = 10500/483 = 21,7 %
Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes = 17 x 100/671 = 2,5 % < 10% marcado previamente a la recogida de datos.

Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: 5 (más de dos al año).

Los datos se recogen en Excel creado para elaborar los indicadores; los datos son introducidos semana a semana, por los miembros del proyecto, siguiendo un orden establecido que está visible en la planta de la Unidad de Geriatría.

Los indicadores se han creado siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la bibliografía consultada hasta el momento.

Para mejorar el proyecto y hacerlo extensible a todas las plantas en las que se ingresen ancianos, hemos adaptado el test de volumen-viscosidad a las necesidades del paciente ingresado (habitualmente encamado, con bajo nivel de conciencia o alteraciones del ritmo día-noche, con patologías agudas que aumenten el riesgo de broncoaspiración…). Para ello, disminuimos la cantidad de líquido ingerido a 15 ml como máximo, a diferencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

del test MEC-V que llega a los 20 cc (cantidad que proponemos probar en aquellos pacientes diagnosticados de disfagia en las primeras 24 h del ingreso, cuando se estabilizan a los días del ingreso).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Balance positivo hasta el momento con puntos que pueden mejorarse en la actualidad, con plantilla de personal estable, no presente hasta el momento y que ha repercutido de una forma negativa, no pudiéndose realizar el test en algunos casos o con pérdida de tests durante el mes de noviembre en el que se produjo el traslado de la planta de Geriatría.

Ha aumentado la sensibilidad frente al problema de la disfagia, que a veces tiene una presentación atípica, capacitando al personal de la Unidad para un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de forma individualizada, disminuyendo así el número de infecciones respiratorias motivadas por broncoaspiración y el porcentaje de desnutrición durante el ingreso.

Se trata de un proyecto necesario, que se podría aplicar en todas las plantas del hospital frecuentadas por pacientes geriátricos, dada la elevada prevalencia de disfagia existente en las Unidades de Agudos con pacientes encamados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1267 ========== ***

Nº de registro: 1267

Título
ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

Autores:
DE VAL LAFAJA ALODIA, VILLAR SAN PIO TERESA, SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN, AZABAL MARTIN LORENA, TRASOBARES GRACIA CRISTINA, FERNANDEZ LOZANO CARLOS, DE LA PIEDRA GIMENO SARA, ARASCO CABEZUELO JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfagia
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La disfagia es un problema frecuente que afecta a pacientes frágiles asociando desnutrición y numerosas infecciones respiratorias. Su forma de presentación, en pacientes geriátricos, suele ser atípica, con síntomas atenuados. De ahí la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado a cada paciente de forma individualizada.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la capacidad del diagnóstico precoz de los pacientes con disfagia que ingresen en la planta de Geriatría
Adecuar la dieta en cada paciente según su nivel de disfagia durante el ingreso y mantenerla al alta.
Llevar a cabo una correcta higiene bucal antes y después de cada comida, por parte del paciente o cuidador principal.

MÉTODO
1. Realización de test volumen-viscosidad MEC-V en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.
2. Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudin).
3. Enseñar a llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando también el cepillo específico y el colutorio antiséptico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

4. Facilitar trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se diagnostica la disfagia.

De 3 a 4 reuniones anuales. Trabajo en común a través de plataforma Google drive.
Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: dos o más al año
Recursos materiales: espesante, pulsioxímetro.

INDICADORES
Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = 90%
Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales
Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio
Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes < 10%

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio/2018
Elaboración de criterios: diciembre/2016
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/2018
Todo llevado a cabo por los participantes del grupo y los miembros del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR DELGADO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO MARTINEZ ARACELI
CABALLERO NAVARRO GONZALO
GODOY MOLIAS ANA
RECASENS FLORES VALLE
MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se obtuvo información de los motivos de derivación desde Atención Primaria a nuestras consultas externas, y, seleccionando aquellos que por su frecuencia y escasa complejidad tendrían mayor impacto en la gestión de la demanda. Los motivos de derivación más frecuentes son hiperferritinemia, linfocitosis, diferentes citopenias (especialmente anemia y trombocitopenia) y sospecha de gammapatía monoclonal.
2. Se partía de un grupo de trabajo multidisciplinar constituido previamente a la instauración de la interconsulta online, que incluía profesionales del Servicio de Hematología y Atención Primaria con el conocimiento de la Dirección de AP y del Hospital Universitario Miguel Servet, en el cual se había trabajado en los borradores de varios protocolos para gestionar la demanda de consultas externas de Hematología, utilizando correo ordinario.
3. Se seleccionaron, por su prevalencia y características de la patología, seis patologías para la elaboración de protocolos: hiperferritinemia, linfocitosis, poliglobulia, leucocitosis, trombocitopenia y ferropenia.
4. Se realiza una reunión semanal de los facultativos responsables de las consultas externas de Hematología (lunes, 8,15-8,45h) en la que se realizan, consensuan y evalúan dichos protocolos
5. Se han finalizado los protocolos de tres patologías, hiperferritinemia, linfocitosis y gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI).
6. Se han consensuado con AP dos de estos protocolos, hiperferritinemia y linfocitosis, estando pendientes de consensuar el protocolo de manejo de GMSI, que reviste mayor complejidad.
7. Los protocolos ya consensuados se han implementado a la plataforma de consulta online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Realización y puesta en práctica de protocolos consensuados entre AP y AE.
a. Hiperferritinemia
b. Linfocitosis
2. Protocolos finalizados pendiente de consenso con AP
a. Gammapatía monoclonal de significado incierto
3. Protocolos en fase de elaboración:
a. Poliglobulia
b. Leucocitosis
c. Trombocitopenia
d. Ferropenia
El sistema informático no permite la extracción de datos para evaluar de forma directa el impacto de dichas actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Se tiene constancia de que el grado de satisfacción de los facultativos de AP es elevado. No se han recibido quejas por parte de estos, ni de los pacientes.
2. Dada la presión asistencial en el área de consultas externas de Hematología, requiere mucho esfuerzo por parte de los facultativos, a pesar de ser conscientes de que estas acciones redundan en una mejor gestión de la demanda.
3. La complejidad de los circuitos analíticos complica en ocasiones la implementación de este tipo de protocolos, dado que desde AP no se permite solicitar determinadas exploraciones (en este caso, pruebas analíticas)
4. Sería muy útil consensuar con AP un circuito en el que se proporcionar desde el Servicio de Hematología se les proporcionara la solicitud analítica pertinente (pej, frotis de sangre periférica, proteinograma e IFE, electroforesis de hemoglobinas, estudio del metabolismo férrico completo….), y una vez realizada, se realizara mediante consulta virtual la valoración por parte de Hematología, con las recomendaciones pertinentes. Esto permitiría trasladar a Atención Primaria el seguimiento y control de numerosos pacientes con diagnósticos que únicamente requieren un seguimiento analítico (p. ej. GMSI, leucemia linfoide crónica estable, linfocitosis clonales estables, hemopatías en remisión completa estable…)

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1295 ========== ***

Nº de registro: 1295

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ON LINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

Autores:
DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR, RUBIO MARTINEZ ARACELI, CABALLERO NAVARRO GONZALO, GODOY MOLIAS ANA, RECASENS FLORES VALLE, MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio aragonés de salud ha puesto en marcha recientemente una via de derivación de los pacientes desde Atención Primaria a Atención especializada con el objetivo de aumentar la eficacia y calidad de la asistencia, a través de una interconsulta online. Con objeto de disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de Atención Primaria, se propone la elaboración de protocolos de patologías relevantes: hiperferritinemia, linfocitosis, leucocitosis, poliglobulia, trombocitopenia, ferropenia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de hiperferritinemia
2. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de linfocitosis
3. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de leucocitosis
4. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de poliglobulia
5 Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de trombocitopenia
6. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo ferropenia.

MÉTODO
Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar con Atención Primaria.
Elaboración los correspondientes documentos para el manejo de dichos pacientes, que incluya información precisa sobre indicaciones de canalización a consultas de Hematología, exploraciones complementarias a realizar en Atención Primaria, y pautas de seguimiento recomendado en Atención Primaria.
Implantar dichos protocolos en la plataforma de interconsulta online.

INDICADORES
Realización de protocolos consensuados entre AP y Hematología. : elaborar y poner en práctica al menos 2 protocolos anuales.

DURACIÓN
De junio de 2018 a diciembre de 2018.
Elaboración del documento sobre hiperferritinemia consensuado: julio/agosto 2018. Responsable: Dra Delgado
Elaboración del documento sobre linfocitosis consensuado: julio/agosto 2018. REsponsable Dr. Caballero
Elaboración del protocolo sobre poliglobulia: septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Recasens
Elaboración del protocolo sobre leucocitosis: septiembre/octubre 2018. Responsable Dra. Rubio
Elaboración del protocolo sobre trombocitopenia. septiembre/octubre 2018 Responsable: Dra. Godoy
Elaboración del protocolo sobre ferropenia. septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Montañes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALVO VILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR
MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA
GOMEZ MARTINEZ ANA
HERNANDEZ MATA CARLOS
ZORZANO VALERO ANUNCIATA
PIÑERO PIMPINELA ELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades del proyecto de mejora de la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en el sector Zaragoza II, fueron planteadas con la idea de establecer un modelo mixto de gestión de la anticoagulación. En el modelo descrito el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos se realiza en el servicio de Hematología hospitalario, mientras que los profesionales de AP controlan a los pacientes con TAO estables (aproximadamente el 70-80%).
El objetivo de este modelo de seguimiento del TAO es proporcionar una mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente mediante un sistema de gestión del TAO mixto entre el servicio de Hematología y Atención Primaria (AP).
Para cumplir los objetivos del proyecto realizamos las siguientes actividades:
1. Se constituyó el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II en el que se incluyeron profesionales del servicio de Hematología y de los diferentes equipos de Atención Primaria con el conocimiento de la Dirección de AP y de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet.
2. Se ha promovido la formación del personal sanitario mediante cursos y sesiones interactivas entre el servicio de Hematología y los diferentes equipos de AP (EAP), así como la propuesta de protocolos asistenciales para el manejo de situaciones clínicas relacionadas con la anticoagulación como por ejemplo “el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado”.
Asimismo el servicio de Hematología ha impartido el curso organizado por el sector sanitario Zaragoza II “Anticoagulación oral. Manejo del tratamiento anticoagulante oral para médicos de atención primaria" en Mayo del 2018.
También los facultativos de la Unidad de Hemostasia y Trombosis han participado en la actividad formativa “Optimización de la anticoagulación oral en atención primaria” coordinada por la Dra. García Roy e incluida en la oferta de Formación Continuada del Servicio Aragonés de Salud”.
La sección de Hemostasia ha validado la “Guía de manejo rápido de AVK en AP”. Elaborada por la Dra. García-Roy.
3. Para fomentar la descentralización en favor de una atención integral y manejo coordinado del paciente anticoagulado se han implantado las siguientes medidas:
Se ha establecido por parte del servicio de Hematología de la figura del “consultor en anticoagulación oral” asumido por los facultativos de la sección de Hemostasia al que los profesionales de AP acceden o bien por interconsulta virtual al servicio de Hematología o por llamada telefónica directa desde los profesionales de AP al servicio de Hematología para la consulta de situaciones complejas o cualquier tema relacionado con la asistencia o la gestión de la anticoagulación oral.
Se ha promovido la extracción del INR digital mediante coagulómetros portátiles para el control del TAO, reservando la extracción venosa de la muestra para la determinación del INR para casos “especiales” o situaciones donde la extracción digital de la muestra para TAO no está indicada.
Se han realizado varias reuniones de seguimiento de la descentralización entre la Dirección de AP y el servicio de Hematología valorando el ritmo de la descentralización y las posibles ineficiencias del protocolo con el objetivo de implementar medidas correctoras adicionales a este plan de mejora.
El servicio de Hematología ha mantenido reuniones para valorar el desarrollo del proceso de descentralización con los profesionales de los EAP de los Centros de Salud de Parque Norte, San José Norte/Centro y Canal Imperial entre otros.
4. Se ha desarrollado el protocolo de recuperación de pacientes con INR estable en seguimiento por el servicio de Hematología por Atención Primaria propuesto por Atención Primaria que permite la derivación de los pacientes con TRT estable tras el control inicial en el servicio de Hematología. Este protocolo también permite la derivación del paciente a AE a criterio por el facultativo de AP que atiende al paciente.
Se han elaborado diferentes protocolos de manejo de situaciones clínicas relacionados con la anticoagulación oral en AP que se detallarán en el apartado de resultados junto con el estado de su proceso de aprobación.
5. Se ha establecido un programa de autotratamiento de los fármacos aVKs en el Hospital Universitario Miguel Servet en el que participan activamente personal de enfermería y facultativos de la sección de Hemostasia del servicio de Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este apartado procederemos a analizar los resultados según la evaluación de los indicadores reseñados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

el proyecto:
1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE.
a. Protocolo de manejo odontológico de pacientes anticoagulados. Elaborado y vigente en la actualidad en el sector II.
b. Protocolo de recuperación de pacientes con INR estable en seguimiento por el servicio de Hematología por Atención Primaria. Elaborado y vigente en la actualidad en el sector II.
c. Protocolo de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado. Elaborado y pendiente de revisión para su implantación.
d. Protocolo de manejo de ACODs. Elaborado y pendiente de revisión para su implantación.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital.
En este apartado nuestro gestor informático de anticoagulación no nos permite valorar este parámetro por lo que hemos optado por incluir para el análisis los pacientes que durante el periodo no se han controlado en el servicio de Hematología y que asumimos que pasan a control descentralizado en AP.
Desde que comenzamos el proceso de descentralización se han remitido a AP para control 1832 pacientes con FA en control estable distribuidos en 1049 pacientes en 2017 y 815 en 2018.
3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo). El número de visitas de estos pacientes descendieron desde 35.692 visitas en 2017 a 28.172 visitas en 2018.
4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital. Este indicador es superior al 95% en la actualidad, siendo la extracción venosa para control del TAO residual para pacientes con necesidades “especiales” por cualquier motivo.
5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS. Está vigente un programa de autocontrol de TAO que incluye formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento. Desde Enero de 2018 han recibido formación en el programa de autocontrol de TAO más de 60 pacientes en control ambulatorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. A pesar de las dificultades en la obtención de datos se ha reducido el número de pacientes anticoagulados en control por parte del servicio de Hematología del Hospital. Esta reducción será progresivamente menor al haber ya descentralizado la mayor parte de los pacientes con FA y control estable de INR.
2. Se han reducido sensiblemente (aproximadamente un 20%) las visitas de los pacientes a control hospitalario de TAO lo que es sugerente de un mejor control del TAO de estos pacientes con la instauración del proceso de descentralización.
3. A pesar de haber implantado protocolos asistenciales conjuntos AE y AP el proceso de aprobación del protocolo de “manejo perioperatorio del paciente anticoagulado” ha retrasado su implantación. Esperamos que una mejor comunicación entre los diferentes niveles asistenciales permita la agilización de la puesta en práctica de los futuros protocolos, algoritmos y vías clínicas que se elaboren.
4. Aunque se ha constituido grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II su actividad debe ser implementada intentando reorganizarlo y dotarlo de herramientas que le permitan mejorar su funcionalidad.
5. En este sentido creemos que la aprobación del Grupo Multidisciplinar de Trombosis y Anticoagulación Hospitalaria pueda ser fundamental en lo que se refiere a estos temas incluyendo su implicación en AP.
6. La extracción de la muestra para control del TAO es capilar en todos los pacientes con excepciones asumibles por lo que se puede concluir que este objetivo está plenamente cumplido.
7. El programa de autocontrol implantado desde el año 2008 por el servicio de Hematología ha resultado eficiente asumiendo la lista de espera existente y estando en la actualidad disponibles para realizar las sesiones de formación necesarias para que el tiempo de espera no supere el mes desde su ingreso en la lista de pacientes candidatos a autotratamiento TAO.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1378 ========== ***

Nº de registro: 1378

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
CALVO VILLAS JOSE MANUEL, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR, MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA, GOMEZ MARTINEZ ANA, HERNANDEZ MATA CARLOS, ZORZANO VALERO ANUNCIATA, PIÑERO PIMPINELA ELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes en tratamiento anticoagulante con fármacos antivitaminas K (AVK) incluidos en el sector sanitario Zaragoza II.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hasta hace unos años el seguimiento de pacientes en TAO se realizaba exclusivamente en los hospitales, sin embargo, el cambio en el contexto sociosanitario, junto con el aumento de indicaciones de la anticoagulación, la capacitación y desarrollo de la atención primaria (AP), los avances tecnológicos (coagulómetros portátiles, entre otros) y la necesidad de mejorar la accesibilidad, justifica el progresivo descentralización del control y seguimiento del TAO en pacientes estables desde los servicios hospitalarios a AP.
La tendencia actual se dirige a un modelo mixto donde el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos lo realicen los servicios de hematología hospitalarios, mientras que los profesionales de AP realizan el control de los pacientes en TAO estables (aproximadamente el 70-80%). El mejor modelo de seguimiento del TAO es el que proporcione mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Descentralizar el control y seguimiento de los pacientesen TAO y facilitar el acceso a sus controles periódicos.
2. Facilitar la continuidad asistencial del TAO por los profesionales de AP.
3. Consensuar el proceso de control analítico y clínico entre AP y Atención Especializada (AE).

MÉTODO
1. Constituir el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II..
2. Implantar el circuito de descentralización del control del TAO y establecer tareas y responsabilidades a cada miembro del grupo.
3. Evaluación de los resultados.

INDICADORES
1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE, bajo la coordinación del Servicio de Hematología, con el objetivo de establecer pautas normalizadas de manejo de la anticoagulación en procesos diagnósticos/terapéuticos (cirugía menor, salud bucodental, endoscopia,….).
Indicador: Elaborar y poner en práctica al menos dos PROTOCOLOS anuales.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital. Número de pacientes por año derivados desde el servicio de Hematología a los centros de Salud para control del TAO.
Indicador: Porcentaje de visitas de control del TAO realizadas en el servicio de Hematología en pacientes con diagnóstico de ACxFAc y tiempo en rango terapéutico (TRT) estabilizado (>60%) (número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control por el servicio de Hematología). Reducción del 5% anual.
Indicador: Porcentaje de visitas de TAO en el servicio de Hematología en pacientes con el diagnóstico de ACxFAc con TRT estabilizado (>60%) remitido por el servicio de Hematología a AP para el control del TAO (Número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc Y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control de TAO por el servicio de Hematología). Superior al 80%.
3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo).
Indicador: Reducción anual del número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado (>60%) (número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado del año 2018 / número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT del año 2017). Superior a un 5%.
4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital.
Indicador: Porcentaje de visitas en TAO con extracción de la muestra mediante punción digital (Numero de visitas en punción digital/ Numero de visitas total): > 90% de extracciones por punción digital.
5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS.
Indicador: Existencia de un programa de autocontrol de TAO que incluya formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento.

DURACIÓN
1. Consolidación del grupo de trabajo TAO (Responsable: Dirección Asistencial AP y AE). Junio-Julio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. Distribución de tareas y responsables de trabajo. Junio-Julio 2018
3. Elaboración NUEVOS PROTOCOLOS relacionados con el TAO. Grupo AP/servicio de Hematología. 2º Semestre 2018
4. Difusión a equipos de AP y especialidades de AE implicadas. 2º Semestre 2018.
5. Seguimiento de indicadores. Junio /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 - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de junio de 2018, se realizó una presentación de diapositivas sobre el proyecto de Deshabituación Tabáquica a todos los profesionales de la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales.

Durante la anamnesis de la consulta de vigilancia de la salud individual, y en base a los objetivos del proyecto, se han llevado a cabo las siguientes actividades:
1º. Preguntar verbalmente al trabajador si fuma, no fuma o es exfumador.
2º. Entregar al trabajador fumador el tríptico informativo "¡Decídete a respirar!", dar un consejo mínimo sobre dejar de fumar e indicar los riesgos y beneficios del tabaco.
2º. En fumadores, realizar el test de Richmond aportado por el Comisión de Hospital Sin Humos del Hospital, donde las puntuaciones son "0 a 5: motivación débil", "6 a 8: motivación media" y "9 a 10 motivación fuerte" (modificación de puntuaciones reflejadas en el proyecto inicial).
3º. Adjuntar el test a la historia laboral y registrar la puntuación obtenida en la evolución clínica y en una columna creada en la base de datos excel de reconocimientos médicos.
3º. Se comunica verbalmente al trabajador el resultado obtenido, cuál es su significado y la posibilidad de derivar a consulta de deshabituación tabáquica cuando tenga un alto grado de motivación actual o futuro y precise ayuda para dejar de fumar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En base a los reconocimientos realizados de julio a diciembre del 2018 y la valoración del hábito tabáquico en los trabajadores, mediante el test de Richmond, se han observado los siguientes resultados:

El total de reconocimientos médicos realizados ha sido de 581. Sobre este total, se ha observado que el 11,7% (68) de los trabajadores son fumadores, el 48,5% (282) no fumadores, el 6,2% (36) exfumadores y en un 33,6% (195) se desconoce. Por tanto, la proporción de trabajador fumador / no fumador y exfumador es de 21,38% (indicador).

Se realizó el test de Richmond a un 60,3% (41) de los trabajadores fumadores y no se completó en un 39,7% (27) tras indicar que no tenían ninguna motivación para dejar de fumar, ni se lo planteaban. La mayor parte de los resultados del test indicaron una motivación débil (41,5% n:17), seguido de motivación media (36,6% n:15) y fuerte (22% n:9). Si se tuviera en cuenta a los 27 trabajadores, donde no se objetivó puntuación por negativa expresa a dejar de fumar, se podría estimar un porcentaje de motivación débil superior.

Según la pauta indicada por el Comisión de Hospital sin Humos del HUMS, siempre que se obtuvo una puntuación mayor a 9 o motivación fuerte se ofrecía derivar a consulta de deshabituación tabáquica, consiguiendo la aceptación de 7 trabajadores (77,8%) y el rechazo de 2 (22,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras determinar que la relación entre trabajador fumador y no fumador o exfumador es de 21,68%, y observar que un alto porcentaje fumadores presentan una motivación débil para el abandono del hábito (41,5%), nos hace pensar que a pesar de que la mayoría de trabajadores del ámbito hospitalario es consciente de los efectos nocivos del humo del tabaco, continúan manteniendo el hábito.

En cuanto a la derivación de siete de trabajadores a la consulta de deshabituación tabáquica, cabe decir que se desconoce si los trabajadores han llegado a citarse en dicha consulta e, incluso, si han comenzado las fases de planteamiento y acción del abandono del hábito, así como su posterior mantenimiento.

Dentro del porcentaje de datos desconocidos, es importante señalar que en el período de julio de 2018 se realizaron alrededor de cien reconocimientos médicos con la colaboración de una mutua colaboradora. En estos casos el hábito tabáquico fue valorado en dicha entidad, pero no el test de Richmond. Por tanto, se ha valorado incorporar en una consulta breve de revisión de resultados la realización del test de Richmond en fumadores y registrarlo en la base de datos destinada al efecto.

La integración de este proyecto ha sido favorecedora para conocer la situación actual del hábito tabáquico en trabajadores y que, desde esta Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, sigamos aunando los esfuerzos en concienciar a los profesionales sobre el impacto negativo que ejerce tanto sobre su salud, como la de fumadores pasivos. Para ello, se mantendrá el consejo breve y la oferta de ayuda durante las consultas de vigilancia de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

7. OBSERVACIONES.
Si bien en el proyecto apartado 7 INDICADORES Y EVALUACIÓN la valoración del test de Richmond de describía = a 3: nulo o bajo; $ a 5: dudoso; 6 a 7: moderado, y 8 a 10.alto; ala hora d epñoner en marzha el proyecto hemos seguido la nomenclatura utilizada por la COmisión de Hospital sin Humo: “0 a 5: motivación débil”, “6 a 8: motivación media” y “9 a 10 motivación fuerte”

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1442 ========== ***

Nº de registro: 1442

Título
HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Autores:
EZPELETA ASCASO IGNACIO, GARCES FUERTES PAULA, TERREN MARCO NOELIA, SIMON CLEMENTE SALOME, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, CAMPO SANZ MATILDE, GIL NAVARRO SABRINA, LATORRE MOSTEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El Hospital Universitario Miguel Servet pertenece a la red europea de Hospitales sin Humo. Entre sus l objetivos está que todos los trabajadores y usuarios del centro no fumen en las instalaciones sanitarias y su perímetro, tal y como obliga la ley.
La Diputación General de Aragón ha suscrito la Declaración de Luxemburgo de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST), la cual consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo.
La unidad básica de prevención de riesgos laborales del sector Zaragoza II es un activo para la promoción de la salud en el trabajo fomentando la salud y los hábitos saludables en el entorno laboral

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores que acuden a vigilancia de la salud individual
- Clasificar a los trabajadores fumadores según su motivación para dejar el hábito tabáquico
- Oferta derivación de forma eficiente a la consulta de deshabituación
- Introducir el consejo mínimo en los consejos a dar en trabajadores fumadores con motivo de vigilancia de la salud

MÉTODO
- Registro dehábito tabáquico: fumador, no fumador exfumador
- Determinación del nivel de motivación con laaplicacióndel test de Richmond. Registro
- Oferta de derivación a deshabituación aquellos trabajadores con test de Richmond mayor o igual a 9. Registro
- Reunión de equipos sanitario Medicina-Enfermería, parapresentación del proyecto, definición de líneas de trabajo.
- Registro delConsejo mínimo en historia clínica

INDICADORES
Globalmente buscamos un clarificar qué situación tenemos, para ello:
- proporción detrabajadores fumadores/ no fumadores y exfumadores
Clasificación deacuerdo con el test de Richmond:
0 a 3: nulo o bajo
4 a 5: dudoso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

```
 6 a 7: moderado
8 a 10: Alto.
-
-        Derivaciones a consulta de deshabituación
-        Muestro aleatorio para verificar en historia clínico-labora se ha aplicado metodología del consejo
mínimo.


DURACIÓN
Inicio 01.07.201815/0672017 hasta 31.12.2018
Evaluación a fecha 31.12 2018 de desarrollo del proyecto. En función de los resultados continuidad en su
aplicación.


OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA GURPEGUI PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN
SANTED ANDRES MARIA JESUS
MORON GIMENEZ ALEJANDRA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades y oferta de servicios que se incluyeron en el proyecto fueron:
- Elaboración de un protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de la sonda uretral en las UCIs
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral

En estos meses se ha realizado un protocolo de inserción y de mantenimiento de sonda uretral por parte de enfermería, que actualmente está todavía pendiente de aprobación.
Se elaboró una tabla estructurada de verificación de inserción y de mantenimiento diario. Así mismo se decidió en qué lugar del sistema informático debían aparecer los campos a rellenar para posteriormente poder valorar los datos obtenidos. También se tuvo una reunión con los encargados de incluir en el sistema informático las pestañas necesarias. Actualmente estamos a la espera de que se incluyan estos ítems para comenzar a introducir datos.
Se ha elaborado una tabla con las indicaciones de los casos en los que es necesaria la colocación de sonda uretral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente estamos a la espera de que se introduzcan los ítems necesarios en el programa informático para comenzar a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado los objetivos del año en cuanto a elaboración de un protocolo de inserción y mantenimiento de sonda uretral, realizar un listado de verificación de la inserción y de mantenimiento diario, y sobre todo de valoración diaria de su necesidad.
Indudablemente se ha de continuar trabajando en este sentido para intentar reducir la ratio de utilización, y llegar a reducir la densidad de incidencia de infección y el uso de antimicrobianos utilizados en su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/458 ========== ***

Nº de registro: 0458

Título
PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Autores:
GURPEGUI PUENTE MARTA, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, SANTED ANDRES MARIA JESUS, MORON GIMENEZ ALEJANDRA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La ITU relacionada con sondaje uretral es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su impacto sobre la mortalidad es menor que otras infecciones nosocomiales pero produce un importante incremento de estancias hospitalarias y de costes.

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) representa el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
Los factores de riesgo relacionados son:
- Sondaje vesical
- Calidad de los cuidados del personal sanitario en la inserción y manipulación de la sonda uretral

Epidemiología:
- Las ITU-SU ocurren en 2’6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días.
- El 98’4% de los episodios de ITU se asocian al uso de catéter urinario.

Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Hasta el 65-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Según el último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN HELICS), el 31’87% de las infecciones nosocomiales correspondieron a ITU-SU.
La tasa de incidencia de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral es del 11%, sin embargo continúa siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3’8% de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Los objetivos son:
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la densidad de incidencia (DI) de la infección del ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO
- Elaboración de protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

INDICADORES
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la DI de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
o DI de ITU-SU por 1000 días de dispositivo

(Nº de episodios de ITU-SU/Nº total de días de sondase) x 1000 días de sondaje uretral

- Ratio de utilización de sonda uretral

Días de sonda uretral / Total de estancias

DURACIÓN
Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Realización de listado de verificación de inserción de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Valoración diaria de la indicación de sonda uretral individualizado, retirándole en caso de no ser necesaria.
Garantizar la calidad de los cuidados diariamente, rellenando el listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Analisis continuado durante el año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GURPEGUI PUENTE MARTA
SANTED ANDRES MARIA JESUS
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se han realizado dos sesiones del servicio en relación con la sobresedación, orientada tanto para médicos como para enfermería, en las que se ha incidido especialmente en la escala RASS*. Con respecto a ésta escala se ha explicado su significado, el cómo se mide, y la necesidad de su uso para mantener monitorizado el grado de sedación de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
Se decidió en qué lugar del sistema informático debían aparecer los campos a rellenar para posteriormente poder valorar los datos obtenidos. También se tuvo una reunión con los encargados de incluir en el sistema informático las pestañas necesarias. Actualmente estamos a la espera de incluir estos campos para comenzar la recogida de datos.

*Escala RASS: Escala de la agitación y sedación de Richmond ("Richmond Agitation-Sedation Scale"), es una escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación en el paciente crítico. Su puntuación oscila de +4 (combativo) a -5 (sin respuesta a la llamada o al estímulo físico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente estamos a la espera de que se introduzcan los ítems necesarios en el programa informático para comenzar a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado los objetivos del año en cuanto a la realización de sesiones formativas, tanto para médicos como para enfermería. Se ha incidido en la escala RASS. Actualmente se realizan diariamente ventanas de sedación para mantener a los pacientes con la menor cantidad de sedación posible.
Indudablemente se ha de continuar trabajando en este sentido para intentar diagnosticar precozmente los episodios de Delirium en los pacientes críticos, y reducir los días de ventilación mecánica e intubación orotraqueal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/459 ========== ***

Nº de registro: 0459

Título
PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, SANTED ANDRES MARIA JESUS, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sedación es necesaria para garantizar el confort y la seguridad de los enfermos con ventilación mecánica (VM).

Sin embargo su uso no está exento de eventos adversos, derivados en su mayoría de su infradosificación y sobredosificación, que pueden prolongar los tiempos de VM, complicar la evolución y el pronóstico del paciente crítico e incrementar el coste sanitario.

La correcta sedación precisa del conocimiento de las distintas opciones terapéuticas, sus indicaciones, sus efectos secundarios y una adecuada monitorización. Las guías de práctica clínica de la mayoría de las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan establecer claros objetivos de sedación, variables en función de la evolución del paciente, con estrecha y periódica monitorización.

Existen numerosos métodos para la evaluación del nivel de sedación, sin que se disponga todavía de uno que sirva como referencia y validación para el resto.

Aunque la práctica clínica diaria de la UCI se caracteriza por una estricta vigilancia de un gran número de variables fisiológicas y parámetros del paciente, en el caso de la monitorización del grado de sedación, ésta no siempre se realiza, o a veces resulta insuficiente, de cara a identificar y corregir situaciones de infra o sobresedación, reduciendo así la morbi-mortalidad y el consumo de recursos.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar el uso de escalas de sedación validadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Según algunos estudios entre un 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos son:

- Monitorizar el grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con VM de más de 12h de evolución y sedación continua (quedan excluídos los pacientes con bloqueo neuromuscular).
- También se monitorizará el grado de sedación en cualquier momento en el que varíe la situación clínica.
- Escalas validadas: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

MÉTODO
- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad.
- Valoración diaria del nivel de sedación (quedando registrado en la aplicación informática).
- Valorar cada 8h si el paciente presenta sobre o infradosificación, aplicando la escala validada RASS.
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

INDICADORES
- Monitorización del grado de sedación:

(nº períodos de 8 horas con sedación monitorizada / nº períodos de 8h con VM y sedación continua *) x 100

*(o días de VM y sedación continua x 3)

DURACIÓN
Durante el primer semestre se realizarán:
- Sesiones teorico-practicas con enfermería para dar a conocer la escala validada RASS.
- Implementación en la aplicación informática de sistema de registro.

Valoración diaria del nivel de sedación en pacientes con VM >12h y sedación continua, valorando a su vez la sobre o infradosificación.
Tras la fase de formación e implantación se realizará una monitorización y evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1487

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO GUTIERREZ IBAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLMOS PEREZ FRANCISCO
GARISA ROCHA RAUL
GARCIA LABORDA CRISTINA
SANCHEZ CHUECA PILAR
GARCIA MANGAS PILAR
SANCHO VAL ISABEL
JOVEN CASACAU ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Formación de grupo multidisciplinar.
En abril de 2018 creó un grupo de trabajo incluyendo a todos los principales profesionales que intervienen en el postoperatorio de cirugía cardiaca, así como a invitación a participar en el grupo a servicios de apoyo a la asistencia.
Los principales servicios implicados son Medicina intensiva (médicos y enfermeros), Cirugía Cardiovascular, Anestesia y Rehabilitación (médicos y fisioterapeutas). Como servicios de apoyo se ha contado con Microbiología, M.Preventiva, Cardiología, S. Limpieza, S. Informática e HCE, Subdirección médica.

2- Reuniones del grupo multidisciplinar.
Hasta el día de hoy se han realizado 4 reuniones grupales (11/04/18, 15/06/18, 7/11/18 y el 13/02/19) abordando los principales problemas a resolver. Fuera de estas fechas se han mantenido múltiples reuniones en grupos más pequeños para trabajar las tareas acordadas.

3- Trabajos en desarrollo:
- Coordinación entre profesionales:
Acuerdos en cuestión de horarios, información de disponibilidad de camas, rapidez de alta a planta, limpieza y preparación de los boxes para recibir ingresos con el fin de evitar retrasos y suspensiones inadecuadas.
Acuerdos de horarios en relación a la movilización y aseo de los pacientes con el fin de adelantar la sedestación y optimizar la rehabilitación postoperatoria, clave para los protocolos de recuperación rápida.
- Actualización de protocolos:
Información a familiares: Actualización del tríptico informativo a pacientes y familiares.
Atención inicial al paciente: Revisión y actualización del manejo inicial al postoperatorio. Acuerdos con Anestesia respecto a la monitorización, catéteres intravasculares y concentración de fármacos para mejorar atención y seguridad del paciente.
Profilaxis antibiótica: Participación en la actualización del protocolo hospitalario de profilaxis antibiótica en cirugía cardiovascular. Control epidemiológico de gérmenes MR.
Sedoanalgesia: Revisión y actualización de la sedoanalgesia en el postoperatorio adecuándolo a los protocolos de recuperación rápida.
Nutrición y control glucemias: Revisión de los protocolos de nutrición y control glucémico adecuándolos a los protocolos de recuperación rápida.
Rehabilitación y fisioterapia: actualización del protocolo de rehabilitación postoperatoria promoviendo la movilización precoz.
Cuidados de enfermería: Revisión y actualización de los cuidados de enfermería. Trabajo avanzado en proceso.
Profilaxis en fibrilación auricular: Protocolo realizado pero pendiente de revisión.
Manejo del síndrome febril: Protocolos pendiente de realizar.
Antiagregación y anticoagulación: Participación en un protocolo unificado para el manejo de antiagregantes y anticoagulantes en el postoperatorio. En proceso
Criterios de alta: Implantación de unos criterios mínimos de estabilidad para el traslado de pacientes a planta de hospitalización.
Preparación del paciente al alta: Acuerdos en horarios, información de cuidados, dispositivos y necesidades especiales (aislamiento, telemetría…) de los pacientes que van a trasladarse a planta de hospitalización.
Recuperación postoperatoria rápida: Creación del grupo multidisciplinar de recuperación rápida postoperatoria (CCV, Anestesia, M. Intensiva, Rehabilitación y Cardiología). Por el momento solo ha habido una reunión inicial.
Aunque la mayoría de los trabajos realizados en el resto de proyecto van en dirección a mejorar la recuperación de los pacientes queda pendiente la realización de un protocolo exclusivamente dirigido a este tipo de postoperatorio. En proceso.
Indicadores: Propuesta de una serie de indicadores para medir la adhesión al proceso y los resultados. Pendiente de revisar y buscar las fuentes de información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- La formación del grupo multidisciplinar es adecuada al contenido del proyecto y las reuniones celebradas han sido de gran provecho para la coordinación y puesta en marcha de protocolos. La falta de tiempo y dificultad para reunirnos todos los servicios han impedido la celebración de reuniones con más frecuencia.
- Se han realizado varios protocolos médicos. Profilaxis antibiótica, sedoanalgesia, rehabilitación en UCI,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1487

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIA CARDIACA

atención inicial al Postoperatorio.
- Aumento del nº total de cirugía cardiaca ingresada >5% respecto al año previo:
Según los datos oficiales proporcionados por el S. control de gestión del SALUD en 2018 aumentamos el nº de ingresos por cirugía cardiaca en la UCI PC un 15% respecto al 2017
- Reducir estancia media del postoperatorio 0,5 días:
Según los datos oficiales proporcionados por S. Control de Gestión del SALUD en 2018 redujimos la estancia media de los pacientes ingresados en la UCI PC en 1,27 días respecto a 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proceso iniciado está resultando de gran valor al actualizar protocolos en dirección a unos cuidados postoperatorios que permiten una recuperación más rápida de los pacientes. Se ha logrado una franca mejoría en la coordinación de horarios entre servicios, con aceptación de los tiempos por todas las partes implicadas y un menor número de suspensiones de cirugías programadas.
- En general se han logrado los objetivos iniciales quedando todavía trabajos en desarrollo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1487 ========== ***

Nº de registro: 1487

Título
PROCESO ASISTENCIAL POSTOPERATORIO INMEDIATO CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GUTIERREZ IBAÑES PABLO, OLMOS PEREZ FRANCISCO, GARCIA LABORDA CRISTINA, GARISA ROCHA RAUL, SANCHEZ CHUECA PILAR, GARCIA MANGAS PILAR, SANCHO VAL ISABEL, JOVEN CASACAU ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Desde hace años el perfil de pacientes que se someten a cirugía cardiaca ha cambiado al intervenirse cada vez más a pacientes con una mayor complejidad. Estos pacientes presentan más complicaciones durante el postoperatorio aumentando la estancia media en UCI. Ello motiva suspensiones en la programación quirúrgica por falta de cama con el consiguiente aumento de la lista de espera, lo que implica a su vez un círculo vicioso al intervenir pacientes en peor condición clínica.
Se requieren medidas para disminuir la morbilidad y la excesiva prolongación del postoperatorio de esta cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
Formación de un grupo multidisciplinar para revisar y actualizar los protocolos de asistencia durante el postoperatorio y adaptarlos al perfil actual de paciente.
Desarrollar un programa de recuperación postoperatoria rápida que permita un acortamiento en la estancia media

MÉTODO
Formación del grupo multidisciplinar. Realización de protocolos de profilaxis de fibrilación auricular, sedoanalgesia y profilaxis antibiótica. Formación del grupo ERAS en CCV y desarrollo de protocolo de recuperación rápida.

INDICADORES
- Realizar de al menos 4 reuniones anuales del grupo multidisciplinar.
- Realizar al menos 2 protocolos médicos
- Aumentar los ingresos por cirugía programada un 5 % respecto al 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1487

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIA CARDIACA

```
- Reducir estancia media 0,5 días respecto a la obtenida en el 2017.


DURACIÓN
F. INICIO: abril 18
F. FINAL: junio 19

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIO RUIZ PILAR
LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
PASCUAL CATALAN ASCENSION
HUARTE LACUNZA RAFAEL
ABIO LUPON MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración y puesta a disposición en la intranet de documentos sobre las bacteriemias de mayor morbi/mortalidad y difícil manejo.
Definición: documento básico de manejo de bacteriemias nivel 1 disponible en la intranet en la pestaña PROA.
Objetivo: realización y disponibilidad en la intranet.
Realizado en el primer trimestre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: valoración del 80% de las bacteriemias de nivel 1 fuera de UCI, conseguir hemocultivos de control en más del 80% y conocer la mortalidad a los 14 días.
Otros: conocer si son nosocomiales y la relación con el catéter.
Hemocultivos de control:
Hemocultivos de control en S aureus (BAS) y Candida sp.
Objetivo 80%

Hemocultivos de seguimiento por S aureus:

	1 er T	2 T	3 T	4 T	TOTAL
% seguimiento	92,30	100,00	100,00	100,00	98,36
Pacientes HC seguimiento	12	10	20	18	60
Total pacientes	14	14	22	27	77
Éxitus + trasladaso	1	2+2	2	5+4	16

Hemocultivos de seguimiento por Cándida

	1 T	2 T	3 T	4 T	TOTAL
% seguimiento	83,33	100,00	100,00	100	94,73
Pacientes con HC seg	4	3	9	2	18
Total pacientes	6	3	11	2	22
Exitus+Traslados	1		2		

Bacteriemias de nivel 1:

S. Aureus	93 (37,8)
Enterococcus	109 (44,3)
Pseudomonas	9 (3,7)
Candida	35 (14,2)
Total	246

Valoración por la UEI:

Valoracion UEI	174 (68)
No valoracion	82 (32)
UCI	23 (9)
Exitus	15 (5,9)
Traslado	19 (7,4)
Vacaciones	13 (5,1)
Alta	3 (1,2)
Otros	8 (3,1)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

De los 82 no valorados, 57 eran NO valorables según el proyecto (UCI, éxitus, traslado,) se valorado el 87% de los posibles.

Tipo de infección:

Infeccion nosocomial	135 (52,7)
Bacteriemia cateter	42 (16,4)
Estancia en UCI	50 (19,5)

Más de la mitad de las bacteriemia de nivel 1 son de origen nosocomial y algo más de un 16% son asociadas a catéter.

Mortalidad:

Mortalidad / Exitus	N=256
Global	86 (33,6%)
A las 72 horas	19 (7,6%)
14 días	47 (18,7%)
30 días	62 (24,7%)

La mortalidad atribuible sería la que aparece en los primeros 14 días.

Mortalidad y estancia media:

Global

	Número	Estancia media		Estancia media bacteriemia		Mortalidad	
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS		
Total	256 (100)	18 ± 38 (0-374)	33,5 ± 41	12 ± 18 (0-370)	20,2 ± 29	86 (33,6)	
S. Aureus	93 (36,3)	17 ± 19 (0-77)	20,4 ± 17	13 ± 14 (0-77)	15,7 ± 14,3	35 (37,6)	
Enterococcus	109 (42,6)	18 ± 44 (0-195)	34,6 ± 37,8	11 ± 20 (0-96)	18,7 ± 18,4	27 (24,8)	
Pseudomonas	9 (3,5)	41 ± 53 (4-374)	75,2 ± 114	21 ± 25 (3-370)	61,5 ± 116	2 (22,2)	
Candida	35 (13,7)	59 ± 56 (0-205)	62,3 ± 49,7	25 ± 39 (0-123)	30,6 ± 28,3	16 (45,7)	

Valorados por PROA

	Número	Estancia media		Estancia media bacteriemia		Mortalidad	
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS		
Total	174 (100)	20,5 ± 37 (0-374)	36,7 ± 43,6	23,5 ± 20 (0-370)	23,5 ± 32,6	47 (27)	
S. Aureus	71 (40,8)	19 ± 19 (3-77)	23 ± 17	14 ± 13 (3-77)	18,8 ± 203	22 (31)	
Enterococcus	74 (42,5)	21 ± 43 (0-195)	37 ± 37	12 ± 24 (0-96)	20,4 ± 18	18 (24,3)	
Pseudomonas	6 (3,4)	37 ± 144 (4-374)	92,6 ± 140	25 ± 120 (3-370)	80,5 ± 142	5 (83,3)	
Candida	21 (12,1)	64 ± 62 (10-205)	67,1 ± 51,8	37 ± 38 (2-123)	37,7 ± 28,8	5 (23,8)	

Otros datos relevantes:

	Infeccion nosocomial	Bacteriemia por cateter	Ingreso en UCI
Total	135 (52,7)	42 (16,4)	50 (19,5)
S. Aureus	33 (35,5)	20 (21,5)	11 (11,8)
Enterococcus	61 (56)	4 (3,7)	18 (16,5)
Pseudomonas	8 (89)	2 (22,2)	3 (33,3)
Candida	33 (94,3)	6 (45,7)	17 (48,6)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS:

El proyecto ha permitido poder conocer la magnitud del problema de la bacteriemia en el hospital, su relación con la asistencia sanitaria y su mortalidad. Nos ha permitido mejorar su manejo según las recomendaciones de las guías vigentes y realizar una labor formativa por pares en la asesoría de su manejo.

El desarrollo de esta labor con continuidad nos permitirá conocer la evolución de los resultados en el tiempo como marcador de calidad y seguridad del paciente.

Debería poder ampliarse la actividad a las bacteriemias por las cinco principales causas como marcan las directrices de los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA), con el objetivo de mejorar el manejo de antibióticos en una entidad de alta morbimortalidad y evaluar su evolución como consecuencia de campañas más globales de optimización de antimicrobioanos y prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

DIFICULTADES A SUPERAR:

1. No se desarrolla hoja de tratamiento estandarizado de bacteriemia por Pseudomonas MDR ó XDR por no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

disponer de guías de consenso que lo permitan y ser recomendaciones individualizadas por foco, antibiograma y enfermedad de base.
2. No disponer de asesoría que permita la elaboración de una base de datos compartida para realizar una recogida de datos a tiempo real, en lugar de estar volcando datos de forma retrospectiva y casos por caso a un Excel.
3. Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción) y nula de la información de enfermería.
4. No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.
5. Cambio de destino de la auxiliar administrativo que pertenecía al proyecto en septiembre.
6. Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.
7. No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/976 ========== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada.
Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes.
La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las ?bacteriemias.
- Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.?
- Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO
- Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.

• Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)

• Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.

• Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.

• La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
? Bacteriemias por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
? Bacteriemias por Candida sp
? Bacteriemias por Enterococcus sp
? Bacteriemias por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES
Indicadores de transmisión de la información:
-Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
-Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:
-Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
-Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
-Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:
-Mortalidad cruda a los 14 días
-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN
Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016-Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016-Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportunidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES
Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
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 - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR FIGUERAS VILLALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN SAMPER UXUA
ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU
REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL
GEREZ CARDIEL PILAR
VIÑUELAS LABURTA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Observación y registro de los pacientes portadores de sondaje vesical en el Servicio de Medicina Interna.
- Recogida de datos a través de la historia clínica, previa solicitud de consentimiento informado --> Datos epidemiológicos y los relacionados con el sondaje vesical de forma prospectiva (complicaciones asociadas, urocultivo, hemocultivo).
- Análisis de frecuencia de complicaciones y media de duración de sondaje vesical en días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
- Número de pacientes sondados (nº pacientes sondados x 100/nº ingresados)
- Duración del sondaje vesical (días).
- Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (nº pacientes sondados con
- ITU x 100/nº pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
- Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
- Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
- Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
- Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
- Duración adecuada: SI/NO.
- Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: nº de pacientes con antibiótico indicado x 100/ nº pacientes con antibioterapia.
- Estancia media pacientes sondados/no sondados.
- Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
- Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

RESULTADOS
Todavia estamos en el proceso de recogida de datos previo a la intervencion por tanto no estamos en la pòsicion para poder establecer conclusiones en cuanto a la disminucion de complicaciones asociadas al sondaje vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
- El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria.
- El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática

RECOMENDACIONES:
- Implementar la comunicación con el médico responsable de la asistencia y valorar signos de infección urinaria.
- Realizar sesiones multidisciplinares enfermería, facultativos de Medicina Interna y Microbiología para adecuar la colocación de sondaje vesical a las indicaciones aprobadas, realizar la colocación de sondaje vesical en condiciones de asepsia, extracción adecuada de muestras y correlacionar muestras microbiológicas y antibioterapia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1172 ========== ***

Nº de registro: 1172

Título
OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Autores:
FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, ASIN SAMPER UXUA, ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU INMACULADA, REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, GEREZ CARDIEL PILAR, VIÑUELAS LABURTA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
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 infección urinaria asociada a sondaje vesical es una de las infecciones mas prevalentes en el medio hospitalario. En torno al 18% de pacientes hospitalizados son portadores de sondaje vesical, de los cuales el 25% presentará una infección de tracto urinario asociada a catéter (CAITU).
Un porcentaje importante de pacientes portador de sondaje vesical no presenta indicación para ello.
Hay un número limitado de indicaciones aprobadas para el uso de sondaje vesical:
-Retención aguda de orina.
-Cuantificar diuresis en enfermos críticos
- Úlceras en sacro y región perineal en pacientes seleccionados con incontinencia
-Perioperatorio (Cirugía urológica, cirugía sobre estructuras contiguas, monitorización intraoperatoria de diuresis, infusión de volumen y diuréticos durante la cirugía)
-Inmovilización prolongada: (fractura de pelvis, lesionados medulares…)
-Confort en los últimos momentos de la vida.
El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria.
El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir el número de pacientes portadores de sondaje vesical:Primer año: reducción del 5%. Segundo año: reducción del 10%
-Disminuir la duración del sondaje vesical. Actualmente no disponemos de datos. Reducción de 2 días en el segundo año
respecto al primero.
-Reducir el número de CAITU: tasa de infección urinaria asociada a catéter no disponible. Disminución del número de infecciones en el segundo año respecto al primero.
-Adecuar la utilización de sondaje vesical.
-Adecuar la solicitud de urocultivo a la presencia de signos/síntomas de infección del tracto urinario.
-Reevaluar de forma diaria la necesidad de sondaje vesical
-Disminuir el uso inapropiado de antibióticos: Antibiótico empírico inadecuado; Duración inadecuada; Antibiótico pautado y no indicado
-Disminuir la estancia media hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna.
-Valorar el riesgo de bacteriemia secundaria a CAITU
- Disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes portadores de sondaje vesical (hematuria traumática, CAITU, síndrome confusional, incontinencia posterior a la colocación de sondaje vesical y consumo de recursos asociado a la misma…).

MÉTODO
La duración del proyecto se estima en dos años con reuniones cada 3 meses para alcanzar los objetivos anteriormente descritos a través de la formación de facultativos y personal de enfermería.
-Formación de facultativos en relación a las indicaciones estrictas para colocar una sonda vesical.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

-Formación del personal de enfermería en la colocación y mantenimiento de sondaje vesical
-Formación del personal de enfermería en la obtención adecuada de muestras para cultivo microbiológico.
-Protocolizar las indicaciones de tratamiento antibiótico en pacientes sondados con sospecha de infección: Valoración clínica (signos/síntomas de infección de tracto urinario (ITU) en pacientes sondados) y criterios microbiológicos.
-Formación de facultativos en situaciones en las que no está indicado el tratamiento antimicrobiano: la existencia de Piuria sin clínica sugestiva de ITU no es indicación de antibioterapia.

INDICADORES
-Número de pacientes sondados (nº pacientes sondados x 100/nº ingresados)
-Duración del sondaje vesical (días).
-Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (nº pacientes sondados con
- ITU x 100/nº pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
-Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
-Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
-Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
-Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
-Duración adecuada: SI/NO.
-Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: nº de pacientes con antibiótico indicado x 100/ nº pacientes con antibioterapia.
-Estancia media pacientes sondados/no sondados.
-Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
-Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

DURACIÓN
El proyecto precisara dos años de duración para su realización: de Mayo 2018 a Abril 2020. Reuniones trimestrales para implementar la formación de facultativos y personal de enfermería.Valoración semanal conjunta (facultativa-enfermería) de los pacientes portadores de sondaje vesical y complicaciones asociadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PIEDAD ARAZO GARCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROC ALFARO MARIA LOURDES
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
BARBERA PILAR
MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA
GIL PEREZ DESIRE
GOMEZ AURIA MARIA ANGELES
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
• Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
• La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
• En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están “localizables”.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estudio retrospectivo descriptivo realizado para valorar el estado inmunológico y virológico de los pacientes diagnosticados de VIH en el año 2018 en nuestro hospital (tercer nivel, referencia de Aragón). Además, y como objetivo secundario pretendía objetivar el tiempo desde el diagnóstico a la indicación del TAR en una consulta estándar (CE) vs consulta de alta resolución (CAR). Para ello, desde el servicio de Farmacia se han recogido todos los pacientes (n=110) que por primera vez se les dispensa TAR en el 2018. De los 50 pacientes naive se valoraron los siguientes parámetros: Características epidemiológicas, Motivo de diagnóstico, Quién diagnostica la infección, CD4 y CV: basal, a las 4-8 semanas, 12-14 semanas y/o última visita. En el ítem “tiempo desde el diagnóstico hasta la indicación del TAR” se valoran dos grupos: Pacientes
atendidos en CE (15 pacientes) vs CAR (25 pacientes), siendo excluidos aquellos que recibieron TAR durante el ingreso.
Como resultados más significativos, destaca que el 76% de los pacientes naive fueron hombres, con una edad media de 39,8 años. El principal motivo de diagnóstico fue una relación de riesgo, seguido por síntomas clínicos, ser un paciente inmigrante y presentar un proceso oportunista. Por otra parte, la mayoría de los pacientes son diagnosticados por Atención Primaria o por OMSIDA (ONG de nuestra ciudad que realiza el test rápido), siendo estas entidades las responsables de más del 75% de los diagnósticos (38% respectivamente), siendo el 24% durante la hospitalización,.
Además, cabe destacar los datos obtenidos por la consulta de Alta Resolución, permitiendo un acceso precoz al TAR (14 días respecto a 36 días en CE). Otro dato significativo es que el 64% de los pacientes presentaron CD4<350 al diagnóstico (30% <200 CD4), debutando ocho de ellos con una infección oportunista. Hubo dos fallecimientos.
Un dato a destacar son los valores basales de carga viral, con cifras muy altas (>1,000,000 c/ml). Sin embargo, a las 12-14 semanas del inicio del TAR, el descenso es muy significativo. Por último, la evolución de los linfocitos CD4 presenta una evolución favorable desde el inicio del TAR, con una cifra media final de 1370.
A lo largo del año 2018 se han realizado en el laboratorio 26.562 estudios serológicos de VIH (no todos son del sector II) con resultado positivo de 137 casos, lo que da una incidencia de 5.1/1000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La incidencia encontrada justificaría realizar estudio serológico universal
2. en nuestro sector el perfil del paciente con VIH diagnosticado en el año 2018 es: Varón, de edad media, solicita el estudio Atención Primaria, una ONG o se realiza en hospitalización por una infección oportunista, presenta una elevada carga viral, y hay dos terceras partes con muy diagnóstico tardío. Además, la creación de una consulta de Alta Resolución permite acceder de forma más precoz al TAR con beneficio individual y de salud pública.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1261 ========== ***

Nº de registro: 1261

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLCION. OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores:
ARAZO GARCES PIEDAD, ROC ALFARO LOURDES, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, BARBERA GRACIA PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, GIL PEREZ DESIRE, GOMEZ AURIA MARIA ANGELES, MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se estima que en nuestro país hay en este momento entre 145000/160000 personas con VIH, de las cuales al menos un 18% desconoce el diagnóstico. Este retraso implica no sólo un problema para la salud del paciente ya que se estima que un 46,5% de los diagnósticos son tardíos, sino también un problema de salud pública por la persistencia de la transmisión, en la actualidad más del 76% es por vía sexual.
Ya desde el año 2016 según todas las guías de consenso la terapia antirretroviral (TAR) se debe indicar a todos los pacientes infectados por el VIH y lo más precoz posible. Está ampliamente demostrado que el TAR no sólo tiene un claro beneficio para el paciente, sino también para la comunidad pues con el control de la viremia plasmática del VIH disminuye de forma significativa la transmisión de este virus en los contactos sexuales de ahí la importancia de un diagnóstico y acceso al tratamiento precoz.
Se pretende con esta línea de mejora acortar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso al tratamiento. Habitualmente el circuito se desarrollaba de la forma siguiente
•El Médico de Familia solicitaba el estudio serológico
•Si VIH positivo en el impreso se informaba que solicitara nueva analítica para confirmar dicho resultado
•Tras la confirmación el Médico de Familia remitía al paciente como primera visita para ser visto en la consulta de E. Infecciosas.
•En la primera visita se solicitaba el estudio analítico correspondiente al diagnóstico y se citaba de nuevo al paciente en una segunda visita para recoger resultados.
•En la segunda visita ya se indicaba el TAR
Por tanto el tiempo desde el diagnóstico hasta el acceso al TAR estaba entre 45-65 días

RESULTADOS ESPERADOS
Minimizar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso del TAR
Atención médica inmediata para disminuir la ansiedad del paciente recién diagnosticado y realizar asesoramiento al paciente.
Mejora de la derivación desde APS a la consulta de Enfermedades Infecciosas en la atención a los pacientes con VIH.

MÉTODO
•Programar una reunión, desde la dirección de Atención Primaria, una reunión con los coordinadores de los CS para información de esta actividad la mejora.
•Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
•Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
•La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
•En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están “localizables”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

INDICADORES
Proporción de pacientes diagnosticados con anticuerpos VIH positivos, en función a las determinaciones realizadas.

Ratio entre el número de contactos telefónicos con los facultativos responsables del paciente/pacientes que acuden a la consulta.

Tiempo medio desde el diagnóstico serológico y la de recepción de estos pacientes en la consulta de enfermedades infecciosas.

Tiempo medio desde que el paciente acude a la consulta de enfermería y el acceso al TAR

DURACIÓN
Inicio y desarrollo: A lo largo de todo el 2018, en función de los nuevos diagnósticos.
Cumplimiento de los registros : La base de datos y registro en el sistema se irá realizando de forma paulatina y en paralelo al diagnostico de nuevos casos.
Control a los pacientes: Durante todo el período en función de los criterios técnicos que marcan los protocolos.
Evaluación semestral de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ABOS OLIVARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES GRACIA ALEJANDRO
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
FALGAS LACUEVA MARINA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
TARDIN CARDOSO LETICIA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
RAZOLA ALBA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), disponía en 2018 de 58 protocolos /procedimientos con el 100% de sus actividades protocolizadas. (ISO 9001:2008 obtenida inicialmente en junio de 2011 (Certificado inicial ES057263-1). La creación de la UCMHMN de Aragón en noviembre de 2017 implicaba como es lógico la existencia de protocolos comunes por lo que se inició este Proyecto de Gestión.

Protocolos existentes en el HUMs con vigencia en 2018:

Terapia 5
Diagnósticos :53

Número total de Protocolos sobre los que se actúa: 58

No se consideran para este análisis y objetivos los Protocolos pendientes de redactar de los que no se disponía en el HUMS, bien por pertenecer a técnicas nuevas o por ser de uso exclusivo en pacientes ingresados que solo se tratan en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). En total son 4 protocolos (1 Diagnóstico: Gammagrafía en amiloidosis cardíaca) y (3 Terapéuticos: Tratamiento del cáncer de tiroides con 131I, Tratamiento de los tumores de la cresta neural con 131I-MIBG y Tratamiento de los tumores neuroendocrinos con 77Lu) cuya elaboración está en curso .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Antes de adaptarlos el modelo de protocolo fue remitido a la Unidad de Calidad del HCULB quien dio su conformidad. Además, se consideraron algunos aspectos del diseño de los protocolos en dicho Hospital y se incorporaron al modelo al entender que lo mejoraba (por ejemplo, el esquema inicial del procedimiento/protocolo, figura al inicio en el modelo adaptado)

1.- Seleccionados. Se tuvo en cuenta para esta selección el criterio de los más usados y aquellos que tenían que revisarse por criterios de fecha en el HUMS.

2.- Los revisores iniciales se seleccionaron en general del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” puesto que no habían participado en su elaboración inicial. Se les recomendó que no hiciesen revisiones exhaustivas, sino que tuviesen en cuenta fundamentalmente la revisión de las indicaciones, y de la metodología de realización de los diferentes procedimientos. Los sistemas de procesado que diferían en los distintos equipos se acordó suprimirlos y elaborar instrucciones técnicas para cada equipo cuando se considerara necesario.

3.- Los protocolos que se revisaron en profundidad fueron aquellos en los que las Guías clínicas habían sufrido modificaciones significativas desde su redacción (Tratamiento con 223 Ra, rastreo con 131I/123I,)
4.- El revisor inicial figura en cada uno de los protocolos en su última versión junto con las Dras de la Cueva y Abós que los han adaptado a la UCMHMN de Aragón.

5.-En enero de 2018, al comienzo de este proceso en el HUMS existían 5 protocolos en el proceso terapéutico y 53 en el diagnóstico lo que hacía un total de 58. En la tabla 1.- se indican por apartados estos procedimientos. El compromiso de este programa de gestión es de normalizar el 50% en el 2018 lo que se ha conseguido.

6.- Adjuntamos el listado de los protocolos normalizados y remitimos un pdf con cada uno de ellos a las Unidades de calidad de los dos hospitales para que procedan a su difusión . Se han incluido dos hojas informativas iguales en su formato para dirigir al paciente a un hospital concreto. Las dos hojas deberán manejarlas las secretarías de ambos centros pues, aunque de momento se mantienen los criterios de sectorización previos a la constitución de la Unidad, puede que estos se alteren con el inicio de la actividad del PET-TC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

TABLA 1

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS ENERO 2018
CIRCULATORIO 4
DIGESTIVO 11
RENAL 9
CÉLULAS MARCADAS 3
GANGLIO CENTINELA 6
ENDOCRINOLOGÍA 4
INFECCIÓN 2
ONCOLOGÍA 2
PULMÓN 3
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL 6
OSTEOARTICULAR 3
TOTAL 53
PROTOCOLOS TERAPEÚTICOS 5
TOTAL 58

Listado de procedimientos normalizados a la UCMHMN de Aragón:

Diagnósticos:
1.- Aclaramiento mucociliar
2.- BSGC pene
3.- Cisternogammagrafía
4.- Cistografía directa
5.- Cistografía indirecta
6.- DATSCAN
7.- Filtrado glomerular
8.- Receptores de somatostatina
9.- Aspiración-deglución
10.- Glándulas salivares
11.- Hemangioma
12.- Hepatobiliar
13.- Hepatoesplénica
14.- Inervación cardíaca
15.- Paratiroidea
16.- Perfusión y ventilación
17.- Renal
18.- Suprarrenal cortical
19.- Suprarrenal medular
20.-Osea
21.-Peritoneal
22.- Tiroidea
23.- Muerte encefálica
24.- Prótesis articulares
25.- Rastreo 131I/123I
26.- Renograma basal
27.- Renograma diurético
28.- Renograma postcaptopril
29.- Renograma trasplante
30.- SPECT de perfusión cerebral

Terapéuticos:

1.- Tratamiento con 223-Ra

El compromiso del proyecto para 2018 era como ya se ha mencionado tener normalizados al menos el 50% de los Protocolos /procedimientos (29). Se han normalizado 31 lo que representa el 53,44% del total de los existentes al inicio de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La uniformidad en el diagnóstico y la terapia de los pacientes debería ser un objetivo global de la sanidad en nuestro pais. La UCMHMN de Aragón al integrar en una sola Unidad a los Médicos Nuclears de Aragón lo está intentando y la uniformidad de protocolos consensuados es uno de los primeros pasos.la segunda fase del proyecto que alcanzará al 100% de los protocolos la esperamos conseguir en el 2019

7. OBSERVACIONES.
**POR MOTIVOS DE DISEÑO DE LOS PROYECTOS SOLO PODÍA FIGURAR 1 RESPONSABLE. EN ESTE CASO LA REALIDAD OBLIGA A MENCIONAR QUE LOS RESPONSABLES HAN SIDO 2 DRA ABÓS Y DRA DE LA CUEVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1027 ========== ***

Nº de registro: 1027

Título
NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:
ABOS OLIVARES DOLORES, ANDRES GRACIA ALEJANDRO, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD, FALGAS LACUEVA MARINA, DELGADO CASTRO MONTSERRAT, TARDIN CARDOSO LETICIA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, RAZOLA ALBA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología a valorar en un Servicio de Medicina Nuclear
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La creación de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón representa una oportunidad de mejora en la provisión de servicios altamente especializados, unificando los procedimientos técnicos y homogeneizando la atención al conjunto de la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar y actualizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Medicina Nuclear
- Homogeneizar los procedimientos diagnósticos en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

MÉTODO
- Selección de los procedimientos que se van a revisar y de los documentos vigentes
- Selección revisor
- Normalización y revisión de los procedimientos
- Puesta en común entre los profesionales de la Unidad
- Incluir sugerencias
- Normalización a la Unidad y envío a las Unidades de Calidad

INDICADORES
-Número de procedimientos revisados/ Número total de procedimientos
2018: 50%
2019: 100%
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.

La evaluación de indicadores se hará en diciembre de los años 18 y 19

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
La responsable de su implantación será la responsable del programa.
Se evaluarán los distintos protocolos dioagnósticos y terapéuticos de la Unidad, comunicándose modificaciones, si las hubiera, a los miembros del equipo.

OBSERVACIONES
Proyecto de la nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que implica los dos hospitales universitarios de Zaragoza: HCULB y HUMS y a todas los Sectores sanitarios que abarcan.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
GIMENEZ JULVEZ TERESA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
MARCO MARTINEZ MARIA PILAR
GARCIA NAVALON PILAR
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
VAZQUEZ HEREDIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el apartado Mejorar de la gestión de citación:
1. Se ha definido una agenda según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta
2. Se ha escrito el procedimiento de citación
3. No se ha incluido la agenda del servicio de admisión del hospital.
En el apartado Mejorar la continuidad de cuidados
1. Se ha elaborado un modelo de informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente.
2. NO Implementar el informe en HP Doctor, ya que para que eso se implemente tiene que haber agenda abierta en el servicio de admisión del hospital.
3. Se ha tenido que incorporar un informe de respuesta de desestimación de vacunación frente a neumococo a consecuencia de la Instrucción del Gerente del Servicio Aragonés de Salud del 6 de octubre de 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El formato de informe se ha implementado en un total de 501 informes de vacunación (254 en el primer semestre y 247 en el segundo), mejorando la calidad de la información dirigida a especialista y médico de familia. El estándar sobre lo previsto ha sido del 100%.
26 informes de desestimación de vacuna neumococo sobre 58 solicitudes.
Los resultados han sido 0% en la inclusión de agenda dentro del sistema y que el informe se visualice en HP doctor en la Intranet del sector.
El resultado global es de 50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del grupo de trabajo de 7 personas, 5 personas no se encuentran dentro del grupo por razones temporales (2) o permanentes (3). El desarrollo de cualquier proyecto con la politica de RRHH de la organización, dificulta el desarrollo.
Durante el periodo de 2017, 6 profesionales han entrado y salido de la estructura organizativa de la consulta.
Aún con todo la calidad de la información ha mejorado significativamente, y resta mejorar la cobertura, que se abordará el próximo año con la introducción en la intranet del sector

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/891 ========== ***

Nº de registro: 0891

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Autores:
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, GIMENEZ JULVEZ TERESA, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, GARCIA NAVALON PILAR, TABUENCA ARCE MARIA LUISA, VAZQUEZ HEREDIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Vacunación en grupos de riesgo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la auditoría interna del SGC, se identificó como área de mejora la gestión de la consulta de vacunación a grupos de riesgos, incluyendo la informatización del informe de consulta en el HP Doctor y la inclusión de la agenda de citas en papel en la agenda del hospital. Valorado por el grupo de calidad, se considera un área prioritaria por el impacto para mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes y la gestión de la consulta.
Actualmente, la citación a la consulta se realiza en una agenda en papel y una base de datos en Access. La agenda de la consulta de Medicina Preventiva no figura en el sistema informático del hospital, con lo que no se puede realizar una buena explotación de la información de la agenda, otros Servicios no pueden ver las citas pendientes y es difícil identificar los pacientes derivados de compañías, seguros privados, etc, para realizar la facturación a terceros y se duplica el trabajo al citar en papel y tener que meter manualmente la información a la BD en Access.
El otro aspecto fundamental es mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos. La historia clínica es propia de Medicina Preventiva y no es accesible para los especialistas ni para los médicos de Atención Primaria. La comunicación con los especialistas y médicos de Atención Primaria se realiza a través de un informe fotocopiado en papel que el propio paciente lleva a su especialista. El informe se da una vez realizado el estudio para valorar infección tuberculosa latente y programado el calendario vacunal. Esto lleva a que la comunicación con los especialistas no siempre sea completa, puesto que no sabe qué vacunas se han administrado en un momento concreto o cuál es su estado serológico tras la vacunación, ni es suficientemente rápida ni accesible. Este es un primer paso para la inclusión de toda esta información en la historia clínica electrónica que sería el objetivo final.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la continuidad de cuidados del paciente de riesgo, facilitando la comunicación y la transmisión de la información desde Medicina Preventiva a los especialistas y a Atención Primaria y viceversa en aras de la mejora de la atención del paciente.
Disminuir errores y reducir eventos adversos derivados de revacunaciones innecesarias y errores de administración de vacunas motivados por un mal registro.
Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

MÉTODO
Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.
? Definir la agenda para la citación informatizada en el sistema del hospital, según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta para una mayor efectividad y eficiencia. Responsable: Jefa de Sección.
? Escribir el procedimiento de citación, incluyendo tipos de consultas distintas (primeras/sucesivas), posibilidades de derivación… Responsables: Facultativos, enfermeras y TCAE.
? Crear una agenda en el sistema de citaciones del hospital. Responsable: Citaciones.
? Implementar la agenda. Responsable: TCAE consulta.
Mejorar la continuidad de cuidados:
? Elaborar un informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente, en HP Doctor que incluya los resultados de las pruebas realizadas para descartar o diagnosticar infección tuberculosa latente (cuando proceda), la información sobre vacunas administradas o pendientes de administrar y el seguimiento serológico del estado inmunitario del paciente.
? Implementar el informe en HP Doctor.
? Responsables: Jefa Sección y Facultativos del Servicio de Medicina Preventiva

INDICADORES
Indicador 1: Se ha elaborado e implantado una agenda de citación incluida en el sistema de citación informatizada del Hospital para la consulta de Medicina Preventiva que está disponible en la citación del hospital.

Indicador 2: % de pacientes nuevos para los que se ha elaborado un informe de alta en HP Doctor de acuerdo con los criterios definidos

DURACIÓN
Informatización informe de consulta de vacunación de grupos de riesgo: noviembre 2016-marzo 2017
Implementación del informe de evaluación y vacunación en pacientes nuevos: marzo-diciembre 2017
Inclusión agenda hospitalaria de la citación de la Consulta de Medicina Preventiva: primer trimestre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
GIMENEZ JULVEZ TERESA
CORTES RAMAS ANA MARIA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
PEREZ FIGUERA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.
Análisis casuística y determinar alcance para proyecto. Realizado julio 2017.
Se han definido los controles a realizar en función de los microorganismos MR (Consensuado por Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología). Julio 2017
Se ha revisado el protocolo de GMR, aprobado por el grupo de calidad de Medicina Preventiva y Microbiología y enviado a UCA ya la Comisión de Infecciones para su aprobación. Aprobado por Comisión de infecciones diciembre de 2017.
Se han revisado las precauciones de contacto en habitación compartida (elaborado documento). Se ha elaborado el material formativo para las Unidades en precauciones e higiene de manos. Diciembre 2017
Recogida de datos: octubre 2017- abril 2018.
•Se han definido las variables a recoger y se ha diseñado una hoja de seguimiento (F-130_Z2(E)M_MP)
•Se ha diseñado una lista de verificación de las precauciones de contacto (F-126_Z2(E)M_MP)
•Se ha iniciado la recogida de datos de contactos.
Formación Servicios y Unidades: Medicina interna, especialidades Médicas, ULME:
•Se ha elaborado el cronograma de formación para 2018
•Se han iniciado las actividades formativas en precauciones e higiene de manos.
•30/1/2018: 5 TCAE y 4 DUEs planta 9 y 5 TCAE y 8 DUE planta 10 Medicina Interna
•6/1/2018: Formación en higiene de manos a 20 enfermeras y auxiliares de plantas 9 y 10 del HG, Medicina interna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está desplegando el proyecto, realizando las actividades previstas en el mismo y recogiendo los datos para calcular los indicadores (ver apartado anterior)
En el momento actual no es posible calcular todavía los indicadores de resultado previstos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se está implantando según lo previsto, si bien ha habido algún retraso en fechas respecto al calendario inicialmente previsto. Se ha ampliado un año su realización y se ha ampliado el alcance a otras Unidades del Hospital no incluidas inicialmente.
La acogida por parte de los Servicios y Unidades ha sido muy buena y entendemos que tiene mejoras en otros aspectos relacionados con la prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (Seguridad de Pacientes) y la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos por encima de lo específico del proyecto.
Queda pendiente completar la formación a todas las Unidades incluidas, finalizar la recogida de información, análisis de las oportunidades de mejora y elaboración de propuestas a partir de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/904 ========== ***

Nº de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs…) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.
Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.
Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/ esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.
Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes
Objetivos secundarios
Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:
- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.
- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO
Diseñar estudio de evaluación: FEAs
Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs
Recogida de datos: DUEs, TCAEs
Evaluar los resultados: FEAs
Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES
Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR
Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión
Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN
- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016
- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016
- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016
- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017
- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Preparación de las auditorías interna en febrero de 2019 y externa en mayo 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han actualizado un total de 33 procedimientos, se han mantenido al día los registros de calidad y técnicos. Se han realizado satisfactoriamente los controles internos y externos. Se ha restablecido la normalidad en la realización de los controles externos. Está pendiente de recibir el informe de auditoria interna (aunque no se detectaron hallazgos que cuestionen la competencia técnica) y pendiente de realizarse la auditoria externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El mantenimiento del alcance de acreditación en un laboratorio es costoso y requiere un sobresfuerzo en el trabajo diario, pero es de gran utilidad para asegurar la correcta realización de técnicas, disponibilidad de procedimientos actualizados, control periódico de los procesos gracias a controles internos y externos, lo que en resumen asegura la competencia técnica de los resultados y por ello la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1045 ========== ***

Nº de registro: 1045

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, FERRER CERON ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, GARCIA LECHUZ JUAN MANUEL, MARTIN SACO GLORIA, VIÑUELAS BAYON JESUS, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 por la Entidad Nacional de Acreditación en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación obliga al trabajo según buenas prácticas de laboratorio (norma ISO 15189) reconoce la competencia técnica del laboratorio y garantiza los resultados microbiológicos, a través del establecimiento de una cultura de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como la realización periódica de auditorías internas y externas.

El mantenimiento del alcance de acreditación es fundamental para garantizar esa competencia técnica y la mejora continua, y repercute directamente en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance de acreditación del Servicio de Microbiología, iniciado en el año 2009 y mantenido hasta la fecha con la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio de Microbiología. Se detalla a continuación parte del alcance a mantener (el resto del alcance acreditado del Servicio de Microbiología viene indicado en el Proyecto de ampliación y mantenimiento):

1- Hemocultivos
2- Cultivo de cateter
3- Cultivo de LCR
4- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina
5- Determinación de la sensibilidad antibiótica en aerobios, anaerobios facultativos
6- Identificación microbiana por EM-MALDI TOF
7- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia
8- Detección de S. aureus meticilin resistente por cultivo
9- Detección del estado de portador de bacterias multirresistentes por cultivo
10- Urocultivo
11- Diagnóstico microbiológico de colonización vaginorrectal por Streptococcus agalactiae en embarazadas por cultivo.
12- Cultivo Exudados vaginal, vulvar, endocervical, uretral, rectal, faríngeo, otras muestras genitales
13- Cultivo Leche Materna
14- Cultivo Líquido articular, ascítico, abscesos, tejidos, biopsias, prótesis
15- Cultivo Úlceras, heridas, quemaduras

MÉTODO
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Auditorías interna y externa previstas octubre 2018 y junio 2019.

INDICADORES
1er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis y formatos relacionados
Nº de documentos actualizados/ Nº de documentos totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito a la sección y cumplimentación ficha cualificación Si/NO

3er indicador: Mantener actualizado listado de equipos y cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos SI/NO

4º indicador: Cumplimiento del programa de control interno y externo y evaluación de resultados SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: abril 2018
Fecha de finalización: junio 2019

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: ante nuevo personal, durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno y externo de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
SAHAGUN PAREJA JUAN
ARIAS ALONSO ANTONINA
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ SAPIÑA ANA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado los dos PTA, (PTA-37 Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC, y PTA 12 Identificación de especie de Plasmodium app por PRC a tiempo real) relativos a las técnicas de la ampliación del alcance, se encuentran difundidos en intranet y han pasado la auditoria interna con fecha del 20 al 22 de febrero
En relación a las técnicas de mantenimiento de alcance, los procediemtnos se han actualizado y han pasado la auditoria interna con fecha del 20 al 22 de febrero
En ambos casos estamos a la espera del informe de auditoria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los resultados propuestos han sido alcanzados.
Se han realizado los PTA nuevos y se han difundido enontranet
Se han revisado los PTA de mantenimiento de acreditación y se han actualizado los PTA lo necesitaran
Se ha cumplimentado y realizado los controles externos y la cualificación y formación del personal
Se ha pasado al auditoría interna a la espera del informe final

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La acreditación garantiza el resultado Microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua y el aseguramiento de la calidad de los ensayos. La motivación del personal del Servicio de Microbiología hace posible la ampliación y el mantenimiento del alcance de acreditación, ya que implica un esfuerzo en el trabajo diario, muchas veces fuera del horario de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1160 ========== ***

Nº de registro: 1160

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, SAHAGUN PAREJA JUAN, ARIAS ALONSO ANTONINA, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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, Otros
Otro tipo Objetivos: acreditación y mantenimiento de procedimientos
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas
Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener
Ampliación
- Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
- Tipado molecular de Pasmodium spp (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento
- Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
- Carga Viral
- Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por Inmunocromatografía.
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por Inmunografía
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por PCR tiempo real
- Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
- Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas
- Tinción de auramina
- Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de identificación
- Identificación de Mycobacterium tuberculosis Complex por Inmunoanálisis Cromatográfico
- Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof,Genotype® Mycobacterium AS/ CM/ MTBC)
- Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis Complex Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)
- Tinción de Kinyoun
- Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
- Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador Advia Centauro
- Determinación de anticuerpos: a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite
- Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia
- Coprocultivo
- Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior
- Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)
- Diagnostico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística (cultivo)
- Recepción de muestras en el laboratorio

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)
- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

INDICADORES
1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no
2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO
3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

DURACIÓN
inicio: mayo 2018
finalización: mayo 2019
- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
SAHAGUN PAREJA JUAN
ARIAS ALONSO ANTONINA
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ SAPIÑA ANA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado los nuevos PTA relativos a la ampliación del alcance acreditado "PTA 12 Identificación de especies de Plasmodium por PCR a tiempo Real" y "PTA 37: PRUEBA DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE MICO BACTERIAS EN MEDIO LÍQUIDO BACTEC MGIT 960"
En relación a los procedimientos ya acreditados se han revisado y actualizado si fuera necesario.
Se han realizado los controles externos relativos a los alcances especificados
Con fecha 20-21 y 22 de febrero de 2019 se ha realizado la auditoria interna, y estamos en espera del informe final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han difundido los procedimientos en la intranet
Se han actualizado o mantenido los relativos a las técnicas ya acreditadas
Se ha formado al personal de las secciones correspondientes cumplimentando los formatos relativos a formación
Se ha cumplido el programa de controles internos y externos >90%
Se ha conseguido acreditar los nuevos alcances y se han mantenido los ya acreditados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1160 ========== ***

Nº de registro: 1160

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, SAHAGUN PAREJA JUAN, ARIAS ALONSO ANTONINA, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Otro tipo Objetivos: acreditación y mantenimiento de procedimientos
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas
Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener
Ampliación
- Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
- Tipado molecular de Pasmodium spp (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento
- Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
- Carga Viral
- Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por Inmunocromatografía.
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por Inmunografía
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por PCR tiempo real
- Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
- Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas
- Tinción de auramina
- Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de identificación
- Identificación de Mycobacterium tuberculosis Complex por Inmunoanálisis Cromatográfico
- Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof,Genotype® Mycobacterium AS/ CM/ MTBC)
- Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis Complex Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)
- Tinción de Kinyoun
- Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
- Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador Advia Centauro
- Determinación de anticuerpos: a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite
- Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia
- Coprocultivo
- Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior
- Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)
- Diagnostico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística (cultivo)
- Recepción de muestras en el laboratorio

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)
- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no
2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO
3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.
4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

DURACIÓN
inicio: mayo 2018
finalización: mayo 2019

- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO DRONDA SALVADOR
MARQUEZ MEDINA DIEGO
ARTAL CORTES ANGEL
VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION
HERRERO VILLALON ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2018 se ha iniciado la colocación del catéter pleural tunelizado (CPT) en pacientes oncológicos con derrame pleural maligno sintomático.

Se ha elaborado un protocolo junto con el servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes. Actualmente este protocolo se encuentra en fase de revisión.

Se ha realizado un informe del procedimiento y otro de seguimiento en los casos que fuera preciso en todos los pacientes.

Se ha enseñado a los familiares/cuidadores de los pacientes cómo realizar el drenaje en domicilio y limpiar zona de herida. Se ha entregado información escrita en relación al drenaje y limpieza de herida.

Se ha informado del horario de consulta ante las posibles complicaciones y/o dudas sobre el drenaje.

Se ha entregado semanalmente el número de botellas que precisaban para drenar el líquido pleural recogiéndose las utilizadas en la semana previa.

Se ha registrado en una base de datos excel las siguientes características: edad, sexo, neoplasia, localización del derrame, grado de disnea antes y después de la colocación del CPT, tiempo de espera desde solicitud hasta colocación CPT, cambio en la disnea, autonomía de los cuidadores, supervivencia media, retirada del CPT si fuera necesario, complicaciones (número y tipo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han colocado un total de 7 CPT, todos en pacientes oncológicos con derrame pleural maligno sintomático por disnea, en situación de enfermedad oncológica avanzada. La edad media fue de 71 años. Seis padecían cáncer de pulmón y uno adenocarcinoma de páncreas.

El tiempo de espera hasta la colocación del CPT se adaptó a la sintomatología limitante del paciente dandole prioridad en la programación. Todos ellos se colocaron en menos de 7 días.

Se ha realizado un protocolo sobre el manejo del CPT junto a Oncología estando en fase de revisión por parte de la Unidad de Calidad del HUMS. Asimismo, se ha realizado un nuevo consentimiento informado que también está en fase de revisión.

Todos los pacientes han mejorado de la disnea tras la colocación del drenaje pleural (100%).

El 100% de los familiares/ cuidadores han manejado de manera autónoma y correcta el CPT.

Complicaciones (número y tipo): No hubo complicaciones en ninguno de los 7 pacientes.

No precisó retirarse el drenaje en ningún caso.

La supervivencia media fue de 1,5 meses. La supervivencia más prolongada hasta ahora es de un paciente que lleva con el CPT dos meses y medio y se está valorando su retirada por disminución progresiva del drenaje, en el contexto de una buena respuesta al tratamiento con quimioterapia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido necesario el trabajo en equipo entre las especialidades de oncología, cirugía torácica y neumología. Neumología en coordinación con oncología y cirugía torácica ha elaborado un protocolo de actuación pendiente de revisión por la unidad de calidad.

Dentro de neumología ha sido importante el trabajo en equipo entre médicos y enfermería para la citación,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

colocación del CPT, educación a familiares/ cuidadores, información sobre síntomas de reconsulta, entrega de botellas necesarias para el drenaje.
El resultado de esta coordinación ha sido muy positivo pudiendose llevar a cabo el proyecto.

El proyecto es sostenible y la tendencia actual es a aumentar el número de procedimientos ya que es un tratamiento necesario en pacientes oncológicos sintomáticos a causa del derrame pleural.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1233 ========== ***

Nº de registro: 1233

Título
IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Autores:
MINCHOLE LAPUENTE ELISA, BELLO DRONDA SALVADOR, MARQUEZ MEDINA DIEGO, ARTAL CORTES ANGEL, VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER, GARCIA FAU PILAR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION, HERRERO VILLALON ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los derrames pleurales malignos (DPM) son una complicación común en la enfermedad maligna avanzada. Se ha estimado que hasta un 15% de los pacientes con cáncer de pulmón presentará inicialmente un DPM y hasta el 46% desarrollará un derrame pleural en algún momento de su enfermedad. Lamentablemente, la presencia de un DPM augura un mal pronóstico. La supervivencia media se encuentra entre 3-12meses.
El síntoma más importante asociado con el DPM es la disnea. Esta generalmente es subaguda, progresa durante días y semanas y puede asociarse con molestias en el pecho o tos.

Cuando el tratamiento no es curativo, el objetivo principal es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable, centrando el tratamiento en la paliación de los síntomas.

Se deben favorecer, si es posible, los procedimientos mínimamente invasivos, con pocos efectos secundarios y ambulatorios, reduciendo al mínimo el tiempo de hospitalización para estos pacientes.

La toracocentesis terapéutica es el tratamiento inicial que consigue el alivio rápido de los síntomas. La recurrencia es muy probable a corto plazo por lo que se recomienda un plan de tratamiento. Recientemente, se ha desarrollado el uso de catéteres pleurales permanentes para el drenaje continuo del derrame pleural. Después de su colocación, se logra mejorar la disnea manteniendo la expansión pulmonar mediante el drenaje repetido en el domicilio a través del catéter y el uso de frascos de plástico desechables (550 ml a 1 L). Los catéteres se pueden insertar de forma ambulatoria bajo anestesia local. El cuidado del catéter se enseña a los pacientes y familiares aprendiendo el procedimiento de drenaje según síntomas en su domicilio. Enfermería participa en el cuidado y enseñanza del drenaje, y el especialista participa en la colocación, evaluación inicial y el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar una nueva técnica enfocada a pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores
- Disminuir el número de reconsultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

MÉTODO
- Colocación del catéter pleural permanente en pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Enseñar el manejo del drenaje con catéter pleural permanente a los pacientes y sus familiares.
- Realización de un informe del procedimiento y seguimiento por parte del Servicio de Neumología dirigido a otros servicios médicos que atiendan a estos pacientes.
- Realizar una encuesta de satisfacción, incluyendo escala de síntomas del paciente y familiares
- Realizar un protocolo junto con el Servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes

INDICADORES
- Total de pacientes atendidos
- Modificación de la escala de medición de síntomas antes/después del procedimiento
- % de pacientes que manejan de manera autónoma el catéter pleural permanente
- Número y tipo de complicaciones
- Tiempo (mediana) de supervivencia
- Desarrollo de un protocolo para atención y seguimiento de estos pacientes

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI TERESA
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Mayo del 2018 se incorporó en el ámbito sanitario una herramienta informática, la Interconsulta Virtual (ITV), la cuál pretende mejorar la actuación ante el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades crónicas entre Atención Primaria y Especializada .
Se realiza un análisis de las pacientes remitidos a consultas de Neumología entre Mayo del 2018 hasta Febrero del 2019, describiendo el motivo de interconsulta más frecuentemente preguntado y se detectan las posibles mejorar que se realizaran en proyectos futuros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizan un total de 1927 interconsultas virtuales (ITV) siendo un 78% con prioridad normal.
932 son remitidas a CME Ramón y Cajal y 816 a CME San José, el resto de interconsultas son dirigidas a Neumología Infantil, Neumologia de Hospital Miguel Servet ó incluso a otros sectores que no son el sector II.
Los motivos más frecuentes de derivación fueron Revisiónes tras ingresos hospitalarios, indicación de oxigenoterapia, infecciónes respiratorias no resueltas y sospechas diagnósticas de EPOC, Asma y SAHS.
El 18 % de las ITV fueron en relación con la patología respiratoria de Asma bronquial., siendo el motivo de consulta más frecuenta la duda sobre el diagnóstico (53.31%), seguido de la falta de control de la enfermedad (43.51%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El asma bronquial es una enfermedad prevalente sin embargo su diagnóstico y control todavía no están bien definidos en otros ámbitos fuera de la atención especializada. Es por ello que se precisa de herramientas útiles como cuestionarios de control de síntomas (ACT), test de adherencia a inhaladores (TAI) y medición de función pulmonar como la espirometría que permitan tanto a Atención Primaria como a Atención Especializada realizar un abordaje conjunto y universal de dicha patología

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1265 ========== ***

Nº de registro: 1265

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA . SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

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

PROBLEMA
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños).
En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Difícil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.
En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

MÉTODO
Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atencio´n a personas que consultan por si´ntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la deteccio´n precoz, diagno´stico, clasificacio´n de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevencio´n y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida o´ptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinacio´n entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.
a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapeúticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.
b)Li´mite final: Exclusio´n del diagno´stico de asma; Asma controlado, paciente asintoma´tico y con funcio´n pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 an~os.
HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE
Datos de filiación:
Motivo de derivación
1.Problema diagnósticos
-No confirmación con medios disponibles
-Posible componente alérgico
-Sospecha de asma ocupacional
-Sospecha de pseudoasma
-Sospecha de enfermedad agravante
2.Problemas terapéuticos
-Mal control sintomático
-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario)
-Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80%)
-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada)
-Efectos secundarios graves del tratamiento
-Rinosinusitis y poliposis nasal graves
3.Circunstancias especiales
-Sindrome de solapamiento (ACO)
-Asmática embarazada
-Antecedentes de asma de riesgo vital
-EREA
-Asma corticodependiente y corticoresistente
-Alergia alimentaria
-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)
4.Tratamiento actualizado

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro la mejoría en el grado de control del Asma.
Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

DURACIÓN
Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: tercer trimestre de 2018.
Difusión del protocolo a los Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018.
Implementación del protocolo: Año 2019.
Evaluación de resultados: cuarto 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 - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA MARTIN CARPI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SOLSONA ELISABET
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: es una enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.
En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de las pruebas pertinentes. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS más severo.
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria y Especializada, nace este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento de SAHS entre ambos niveles asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El primer paso para desarrollar el proceso es el conocimiento de la situación de estas consultas. Desde Mayo de 2018 hasta la presente fecha, Febrero de 2019, se han realizado 1927 consultas intervirtuales al Servicio de Neumología, 78% con carácter normal y con una media de respuesta a las mismas de 2 días.
Respecto a SAHS, se han solicitado 464 consultas, el 24% del total. 166 pacientes han sido derivados al CME S.J. y 249 a CME RyC. El resto a HUMS. La distribución por sexos es de 134 (29%) mujeres y 330 hombres (71%).
Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en tres categorías.
1. Control de pacientes ya diagnosticados: 106 (23%): 69 pacientes para control clínico y renovación de CPAP en caso de utilizarla, 13 pacientes por intolerancia a CPAP, 6 por empeoramiento clínico a pesar de CPAP y 14 también por empeoramiento sin tratamiento. A destacar también la Renovación del Permiso de Conducción, 4 pacientes.
2. Para el diagnóstico de SAHS: 322 (69%). En todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción y 2 por no figurar la solicitud previa en lista o buzones. 9 son remitidos por recomendación desde Cardiología y 4 por HTA de difícil control.
3. Para iniciar tratamiento: 36 (8%) pacientes. Son aquellos a los que se han realizado las pruebas diagnósticas en otro centro, privado generalmente, o que se trasladan de área.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La demanda para estudio, tratamiento y control de SAHS es creciente desde Atención Primaria. Corresponde a la cuarta parte de las solicitudes. Existe alta sospecha diagnóstica en relación a la sintomatología. Sin embargo, las peticiones no están sistematizadas por lo que la priorización en la atención se dificulta. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1270 ========== ***

Nº de registro: 1270

Título
PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, VERA SOLSONA ELISABET, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida. En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de pruebas. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial para identificar casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS severo. Los cuestionarios son una herramienta eficaz para ello, ya utilizados en nuestras consultas de Neumología con excelentes resultados. Además de la clínica de ronquidos y apneas objetivadas incluyen una serie de factores predictivos, la edad y la obesidad, medida por Índice de Masa Corporal (IMC) y/o perímetro del cuello (STOP-Bang) y/o perímetro de la cintura (OSA50).

RESULTADOS ESPERADOS
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de las Consultas Virtuales, como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), nace este proyecto de diagnóstico y tratamiento de SAHS. Actualmente, a través de esta plataforma, entre 20-25% de las consultas procedentes de AP solicitan estudio de los trastornos respiratorios del sueño. Por lo tanto, nuestro objetivo es, a la vez que se mantiene la calidad de la asistencia, agilizar la toma de decisiones y evitar cierto número de consultas presenciales que menoscaban la actividad laboral del paciente e incrementan las listas de espera.

MÉTODO
Desde el ámbito de AP se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:
1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang . En caso de mujeres, recomiendo valorar el perímetro de la cintura (si >88 cm añadir un punto en el ítem de cuello N).Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de AP a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado y revisado ECG, Espirometría (historia de tabaquismo) y Rx de tórax (ésta debería estar realizada e informada en el momento de contestar a esta consulta porque, al existir demora en la realización del estudio, existe el riesgo de que ningún facultativo la valore).
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.
CUESTIONARIO STOP-BANG
Este cuestionario presenta diferentes ítems, se añade 1 punto por cada respuesta positiva.
STOP:
-Snore: hace referencia al ronquido. ¿Ronca alto (más que el tono de voz o suficiente para ser oído a través de puertas cerradas?
-Tiredness: hace referencia al cansancio o somnolencia.
-Apneas Observadas. ¿Ha observado alguien que deje de respirar durante la noche?
-P: Tensión arterial. Tiene HTA o está siendo tratado de HTA
Se completa con otra serie de ítems que son sociodemográficos: se añade 1 punto por cada criterio cumplido.
Bang:
-B: BMI. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) >35 Kg/m2
-Age: edad >50 años
-N: Neck, circunferencia del cuello >40 cm.
-G: gender, masculino.
Se considera un punto de corte de =3 como valor predictivo de la existencia de SAHS moderado o severo. A mayor puntuación, más probabilidad de SAHS.
CUESTIONARIO OSA 50
Utiliza como puntos de corte de perímetro de cintura los utilizados para definir el síndrome metabólico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

(cintura >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres).
También presenta alta sensibilidad en el caso de puntuación mayor o igual a 5. En caso de respuesta positiva a cada cuestión se añade la puntuación siguiente:
-Obesidad: perímetro de cintura >102 en hombres y >88 cm en mujeres -- 3
-Snore (ronquido) -- 3
-A: apneas visualizadas-- 2
-50: edad =50 años-- 2
-TOTAL --/10

INDICADORES
RESULTADOS ESPERADOS
-Mejora continua de la comunicación
-Derivación con el menor número de consultas presenciales
-Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
-Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
-Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.
No disponemos de experiencia en las Consultas Virtuales ni en la implementación de las mismas en la patología del sueño. Tras un año de implantación se valorarían los resultados.

DURACIÓN
-Reunión AP-AE: tercer trimestre de 2018.
-Reunión con Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018
-Implementación del proyecto: año 2019
-Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019

OBSERVACIONES
Las consultas en Centro Médico de Especialidades para el diagnóstico de SAHS constituyen 1 /3 de las primeras visitas. Existe un número considerable de pacientes para atender. Debido a ello, las listas de espera son importantes y con largas demoras. Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela y progresivamente. Para ello proponemos comenzar a implementarlo progresivamente.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1476

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTAVIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES GOTOR LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI TERESA
VERA SOLSONA ELISABET
GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con el inicio de la consulta virtual, pudimos comprobar que la EPOC es una patologia que conlleva un número elevado de interconsultas desde atención primaria a neumologia, por lo que se decidió la elaboración de una guía de práctica clínica titulada " ABORDAJE DEL PACIENTE CON EPOC ESTABLE. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A NEUMOLOGIA" basado en la actualización de las últimas guias publicadas durante el 2018 (gold y la actualización de GesEPOC) En él se recogen los criterios para estratificar a los pacientes en bajo y alto riesgo, con la finalidad de plantear unos requisitos generales que han de tener estos pacientes y que nos permitirán ser evaluados según la complejidad, en uno u otro nivel asistencial. En general,los pacientes de bajo riesgo han de ser seguidos en atención primaria y pacientes de alto riesgo se controlarán en la consulta de neumologia. En ambos casos se abordan:
- Las pruebas diagnósticas a realizar.
- Esquemas de seguimiento en la primera visita y en las sucesivas tanto en atención primaria como en especializada.
- Actualización de todos los fármacos actualmente vigentes para el tratamiento de la EPOC.
Todo esto ha dado como resultado un documento de 52 páginas que ha finalizado su ejecución en noviembre 2018. Durante el 2019 queda pendiente su difusión a los centros de salud del sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el Servicio de Neumologia, se viene realizando la Interconsulta Virtual (ITV) desde febrero del 2017 inicialmente con 2 centros de salud y progresivamente se han ido incorporando el resto. La interconsulta virtual permiten ofrecer al paciente una respuesta precoz, en menos de 48 horas de media, mejorando la accesibilidad, de forma protocolizada, se afianza el trabajo en equipo entre primaria y atención especializada, optimizando los tiempos de espera y priorizando los casos más complejos e inestables. La motivación de esta consulta virtual ha sido mejorar la comunicación entre profesionales, evitar derivaciones innecesarias, dirigir al paciente a consultas específicas en función de su patologia, evitando en ocasiones pasos intermedios.
En Mayo del 2018 ya se habían incorporados el resto de los centros de salud del sector II a la ITV, procediéndose a la evaluación de todas las derivaciones realizadas .
Desde Mayo del 2018 hasta febrero del 2019 se han realizado 1927 consultas al Servicio de Neumología. Las derivaciones han sido con carácter normal en el 78% de los casos y preferentes el 22%. La media de respuesta a las consultas virtuales es de 2 días. Los 3 motivos fundamentales de interconsulta son : Sd de apnea obstructiva del sueño, EPOC y el Asma bronquial. Las derivaciones normales acceden a la consulta de especializada con una media de 17 dias y las preferentes de 8 dias.
Respecto a EPOC, se han solicitado 408 consultas, el 21% del total. 205 pacientes han sido derivados al CME S.José y 172 a CME Ramón y Cajal. El resto a HUMS.
Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en dos categorías.
1. Control de pacientes ya diagnosticados: 256 (63%): 129 pacientes para control clínico; 42 tras un ingreso hospitalario; 35 para prescripción de OCD fundamentalmente (30), aerosolterapia y vacunas; 12 por alteraciones radiológicas encontradas y 38 por disnea a pesar de tratamiento.
2. Para el diagnóstico de EPOC: 152 (37%). Entre la información clínica proporcionada predomina la disnea en pacientes con factores de riesgo para la EPOC, pero en sólo 49 pacientes figuran los datos de la espirometria,; en 16 casos no está disponible el espirómetro y en 66 casos no hay referencia. En el resto de casos la clínica es menos específica, tos o disnea de origen incierto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La EPOC es una patologia con alta prevalencia y en consecuencia un motivo muy frecuente de interconsulta desde atención primaria
2. La causa fundamental de derivación en la EPOC es por mal control de los síntomas a pesar del tratamiento.
3. La segunda causa más frecuente de derivación es para establecer el diagnóstico. Sólo el 12% de los pacientes tiene documentada una espirometria previa, exploración necesaria para el diagnóstico de estos pacientes.
4. Estos datos hacen necesario potenciar y dar a conocer el protocolo de derivación de los pacientes con EPOC, estimulando la creación de las consultas de alta resolución en neumologia y potenciando la realización de espirometrias en los centros de atención primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1476

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTAVIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1476 ========== ***

Nº de registro: 1476

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Autores:
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Desde 2009, el Ministerio de Sanidad y Politica Social, a traves del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Estrategia en EPOC, ha estado trabajando para identificar la manera de mejorar la atencion y la calidad de vida de las personas con EPOC.
Es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y considerada como un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno, estimándose sea la tercera en el año 2030 .
Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones. Ello implica que el manejo del paciente EPOC debiera de asumirse desde AP en colaboración con la Atención Especializada (AE), a quien podrá remitirse el paciente en determinadas situaciones, de ahí la necesidad de realizar este protocolo de derivación entre atención primaria y neumologia para mejorar la asistencia a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Las recomendaciones de este protocolo quieren ser un referente en la práctica clínica para que los pacientes con EPOC, con independencia del centro o el médico al que hayan acudido, sean diagnosticados y tratados de forma similar (pruebas diagnósticas, medidas higiénico-dietéticas, fármacos, etc.).Se trata de optimizar el proceso diagnostico y adecuar el tratamiento según su nivel de gravedad identificando en primer lugar a los pacientes de bajo o alto riesgo.
La sistemática empleada en esta revisión, se basará en plantear la relación asistencial adecuada entre AP y AE, según el estado clínico del paciente EPOC, donde se incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y abordaje de las complicaciones de la EPOC. Este protocolo hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos:

- Detección precoz y cribado de la EPOC en personas fumadoras que presentan síntomas.
- Prevención primaria (tabaco y ejercicio físico) de la EPOC.
- Diagnóstico de la EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC estable.
- Tratamiento de las exacerbaciones ambulatorias del paciente con EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC y comorbilidades.

MÉTODO
El proceso de atencion inicial al paciente con EPOC debe seguir cuatro pasos:
• Paso 1: diagnostico de la EPOC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1476

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTAVIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

- Paso 2: estratificacion del riesgo en bajo o alto.
- Paso 3: determinacion del fenotipo en pacientes de alto riesgo.
- Paso 4: tratamiento guiado por sintomas (bajo riesgo) o por fenotipo (alto riesgo).

Para el diagnóstico es preciso que desde atención primaria se realicen una serie de pruebas diagnósticas como son: espirometria, Rx de tórax, analítica básica con alfa1 antitripsina y saturación arterial de oxígeno. Para estratificar el riesgo también debemos saber si han existido o no exacerbaciones el año previo así como la determinación del grado de disnea basal que el paciente presenta. Estos datos nos permitirán proporcionar el tratamiento más adecuado a cada grupo de pacientes y nos dan la información suficiente para saber cuando está indicado derivar al segundo nivel asistencial como puede ser en casos de: Dudas en el diagnóstico o para la realización de espirometría, si no se dispone de ella en otros niveles de atención, presencia de cor pulmonale, síntomas desproporcionados para la alteración funcional respiratoria, sospecha de déficit de alfa1 antitripsina, tras un ingreso hospitalario, cuando hay exacerbaciones frecuentes (más de 2/año), descenso acelerado del FEV1, cuando existe un patrón mixto (restrictivo/obstructivo) en la prueba de función respiratoria, indicación de oxigenoterapia domiciliaria.

INDICADORES
- Proporción de pacientes derivados a neumologia con diagnóstico de EPOC que se confirma el citado diagnóstico.
- Número de espirometrias realizadas durante el último año/total pacientes con el diagnóstico de EPOC
- Numero de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC que tienen registrada una espirometria previa/ Nº total de pacientes diagnosticados de exacerbacion EPOC.
- proporción de pacientes que reciben un tratamiento correcto para el nivel de gravedad que presentan.

DURACIÓN
- Reuniones AP-Neumologia: tercer trimestre 2018.
-Difusión del protocolo: cuarto trimestre 2018.
-Implementación del protocolo en 2019.
-Evaluación de resultados: cuarto trimestre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Fecha de entrada: 02/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUZ NAVARRO INUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO PELLEJERO JUAN
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES
MARTINEZ MATILLA CARMEN
NOVO GONZALEZ BEATRIZ
MOLES HERBERA JESUS
ORDUNA MARTINEZ JAVIER
HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- FORMACION DE GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR: cumplido, formado por:

* CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA
*FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET GERIATRIA
*MARTINEZ MATILLA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* MOLES HERBERA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* ORDUNA MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

2.- ELABORAR UNA MATRIZ DAFO (ANALISI INTERNO, FORTALEZAS Y DEBILIDADES, Y ANALISIS EXTERNO OPORTUNIDADES Y AMENAZAS) CON LOS PROBLEMAS CLINICOS DETECTADOS EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN NEUROCIRUGÍA.
Cumplido.

FORTALEZAS:
Ya se trabaja conjuntamente en equipo interdisciplinar con Geriatría (Geriatra de apoyo a sº Neurocirugía) en los mayores de 76 años así que solo sería aplicarlo al resto de pacientes de la planta.
Este trabajo ha permitido constatar que ha disminuido la estancia media, el reingreso al mes por el mismo motivo y la mortalidad al año en los mayores de 76 años.
Entendemos que si los problemas son similares e inherentes a la inmovilidad, en mayor o menor grado, deberían disminuir las complicaciones asociadas al mismo (ileos paraliticos, upp, infecciones de tracto urinario ligadas a catéter, bronco aspiraciones...)
No supone un sobrecosto de personal.

DEBILIDADES:
Variabilidad del personal en planta, que no recibe formación directamente.
Por esta variabilidad, puede existir menor compromiso con estos cuidados, al poder suponer una mayor carga de trabajo.

OPORTUNIDADES:
Debemos adaptarnos a las necesidades del paciente inmovilizado y saber detectar y tratar precozmente las complicaciones asociadas al síndrome de inmovilidad
Permite formar a todo el personal de tal manera que a su vez sean capaces de hacer partícipe al familiar de medidas a su alcance de cara al alta del paciente (a domicilio o recurso sociosanitario correspondiente) que eviten complicaciones a nivel de movilización, alimentación, medidas no farmacológicas para tratar el síndrome confusional agudo o el empleo de dispositivos que favorecen el cambio de posición.
Incorporar a esta formación al estudiante de enfermería al ser varios de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinar, profesores asociados de la facultad de ciencias de la salud
Unificar la sistemática de trabajo.

AMENAZAS:
La inmovilidad de este paciente en concreto a veces no se puede evitar (drenajes, necesidad de contención física por síndrome confusional severo...)
Colaboración del personal implicado en los cuidados.

3.- ELABORAR ESTRATEGIAS CAME:

CORREGIR DEBILIDADES:
La variabilidad en el personal no es algo que dependa del servicio pero se seguirá haciendo hincapié en la conveniencia de que sea personal lo más formado posible y que controle las técnicas y las complicaciones inherentes a estos pacientes.
Intentar estimular a todo el personal, facilitando la información al unificar criterios y dejarlos por escrito, en ordenador accesible para todos en el control de enfermería
Manual de acogida que se entregue a todo el personal que comience trabajo en el servicio y contenga los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

puntos definidos
Charlas formativas para el personal de la planta (disfagia, manejo del estreñimiento, manejo no farmacológico del síndrome confusional agudo, ulceras por presión…)

AFRONTAR AMENAZAS:
A pesar de que mucha inmovilidad no se pueda evitar (drenajes, contención mecánica) intentar retirada y movilización lo más precoz posible de catéteres y contenciones
Tratamiento precoz del síndrome confusional (interconsulta precoz con psicosomática) y toma de medidas no farmacológicas que lo eviten.
Hacer uso de las medidas oportunas para prevenir heridas por presión y otras complicaciones en inmovilizados (valorar colchón antiescaras, medias neumáticas cuando estén indicadas, movilizaciones en cama…)
Estandarizar estos cuidados y la detección precoz de complicaciones (test disfagia al ingreso, levantar si hay autorización medica a las 24h del ingreso..)

MANTENER FORTALEZAS
Mantener el trabajo en equipo interdisciplinar.
Registro de deposiciones para detección precoz de estreñimiento.
Registro de movilización de cada paciente.

EXPLOTAR OPORTUNIDADES
Poder elaborar manuales de acogida.
Poder elaborar manuales de actuación en el paciente inmovilizado unificado y estandarizado.

4.- ELABORACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION: si, se han elaborado dos encuestas.
Una para evaluar la satisfacción del personal y otra para evaluar la satisfacción del paciente/familia.
Las tengo disponibles en formato pdf.

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE NEUROCIRUGIA

La utilización del cuestionario será absolutamente confidencial.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión y en caso de desacuerdo indique él porque

Puesto de trabajo Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
El trabajo en mi unidad está bien organizado
Mis funciones y responsabilidades están definidos
Las cargas de trabajo están bien repartidas.
Creo que hay suficiente personal para tratar al paciente inmovilizado
Creo que se moviliza de forma correcta y según las necesidades de cada paciente
Creo que mi trabajo es excesivo

¿Por qué?
_____
_____
_____

Dirección de la unidad Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
La supervisora demuestra conocimiento de sus funciones.
La supervisora soluciona los problemas de manera eficaz.
La supervisora toma decisiones con la participación del personal de la unidad.

¿Por qué?
_____
_____
_____

Ambiente de trabajo Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
La relación con los compañeros de trabajo es buena.
Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.
Me siento parte de un equipo de trabajo.
Me resulta fácil expresar mis opiniones en mi lugar de trabajo.
El ambiente de trabajo me produce estrés.

¿Por qué?
_____
_____

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Comunicación y coordinación Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
Me resulta fácil la comunicación con mi responsable.
Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.
Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital

¿Por qué?
_____
_____
_____

Formación Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.
El plan de formación continuada me es útil.
El Hospital te ofrece la formación necesaria para tu desarrollo profesional.

¿Por qué?
_____
_____
_____

Implicación en la mejora Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que préstamos.
El responsable de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.
Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.
Colaboraría en iniciativas de mejora
En el último año he percibido una tendencia a mejorar en mi unidad.
Consideras que las sugerencias y aportaciones que realizas para la mejora del Servicio son adecuadamente escuchadas y consideradas.

¿Por qué?
_____
_____
_____

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS
Gracias por su interés y colaboración. Si cree preciso incluir alguna consideración o comentario puede hacerlo a continuación:

ENCUESTA DE SATISFACCION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGIA

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de los servicios ofrecidos durante su paso por la unidad.
Le agradeceríamos que rellenara voluntariamente esta encuesta que será absolutamente anónima y puede entregarla al personal de la planta.
Le agradecemos su interés para que mejoremos nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

- En general ¿Cómo calificaría usted la atención sanitaria recibida en este servicio?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Qué le parecen las condiciones de la unidad (limpieza, iluminación, temperatura, material, etc.?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo calificaría usted los servicios prestados por el personal de Enfermería?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo calificaría usted los servicios prestados por el personal Auxiliar de Enfermería?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo considera la atención proporcionada por su médico?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo fue la explicación que recibió de su médico en relación a su padecimiento y tratamiento?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

-¿Cómo considera que fueron atendidas sus necesidades de higiene (aseo personal)?

Muy buena Bueno Regular Mala

- El Personal de la unidad, ¿ha preservado su intimidad durante el aseo personal u otras asistencias (sondajes, enemas, curas...)

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

- ¿El Personal se ha preocupado por facilitar su descanso?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

- En caso de que su familiar haya estado desorientado, inquieto o agitado ¿ha recibido información o atención por parte del personal?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

-¿Considera que se ha facilitado la movilización de su familiar por parte del personal?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión NS=NO SE

- ¿A su llegada a nuestro servicio, cree usted haber recibido la información necesaria sobre su funcionamiento?
- El Personal, ¿se ha preocupado por explicarle las modificaciones de la dieta si las ha existido (Espesantes, agua gelificada…)?
- ¿Si presentó dolor, cree usted que se le trató adecuadamente?

¿Hay algo en particular que no le haya gustado?

¿Qué podemos mejorar?

Por favor rellene las siguientes casillas con datos del paciente

Edad……. años.

Indique si es: Hombre Mujer

Indique por favor quién rellena el cuestionario

Paciente Familiar/Allegado/Representante

5.- PUESTA EN MARCHA Y REGISTRO EN EXCELL: nos encontramos en la fase de elaborar y decidir las variables que conformaran el Excell.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se objetiva un mejor ambiente de trabajo y una estandarización de los cuidados, con mayor implicación del personal responsable de cada disciplina. Para nosotros esto ya es un gran logro.
Queremos realizar el registro en Excell para poder tener claros los condicionantes de complicaciones en otros pacientes y poder prevenirlos, por ello queremos elaborar un Excell correctamente orientado.
Se ha actualizado el manual de acogida y se entrega a todo el personal.
Se ha instalado en el ordenador del control con claves accesibles al personal el manual de acogida y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

funciones que deben realizar en cada turno de trabajo las TCAES y Enfermera/os asi como la forma de realizar el Test de Disfagia. Encontramos en él los diferentes registros (Tipo de dietas, deposición, levantamiento, RHB, cambios posturales..)
Se han podido valorar las necesidades del Servicio a nivel de material para poder hacer las oportunas solicitudes como colchones anti-escaras, medias de compresión, complementos nutricionales para pacientes con disfagia (Suplementos espesados, agua gelificada, espesantes...).
Se han realizado formaciones al personal, para poder estandarizar el test de Disfagias en estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo interdisciplinar permite un feedback de conocimientos entre las distintas disciplinas que redunda en calidad de atención al paciente.
La estandarización de los cuidados en el paciente inmovilizado, la prevención de las complicaciones y su detección precoz permitirán presumiblemente mejorar la calidad de atención al paciente neuroquirúrgico, mejorar la satisfacción del paciente y sus cuidadores/familiares y mejorar los resultados en salud del mismo.
Continuaremos trabajando en esta línea de trabajo, para mejorar los ítems previos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1070 ========== ***

Nº de registro: 1070

Título
DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Autores:
NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ, CASADO PELLEJERO JUAN, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, MARTINEZ MATILLA CARMEN, NOVO GONZALEZ BEATRIZ, MOLES HERBERA JESUS, ORDUNA MARTINEZ JAVIER, HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha de la colaboración entre Neurocirugia y Geriatria en el años 2015, se ha establecido una dinámica de trabajo global, basada en el trabajo en equipo interdisciplinar, que ha redundado en una mejora de la atención de estos pacientes, con disminución de las estancias medias y mayor preocupación general por el control de complicaciones y la recuperación funcional y cognitiva de este perfil de pacientes.
Sin embargo, esta filosofía de trabajo todavía no se ha hecho extensiva a todo el grupo de profesionales que intervienen en el cuidado del paciente Neuroquirúrgico en especial entre DUEs y TCAEs. Entre las posibles causas puede estar la variabilidad de profesionales no adscritos de manera habitual al Servicio, que pueden intervenir en el cuidado de un paciente con necesidades tan especificas.
Este modelo propuesto permitirá globalizar un enfoque unificado desde el momento del ingreso para identificar y cuantificar problemas, evaluar aspectos funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales, además de analizar el grado de satisfacción tanto del paciente/familiar como de los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Formar grupo de trabajo interdisciplinar: médicos, DUEs y TCAEs

Elaborar una matriz DAFO (análisis interno: fortalezas y habilidades; y un análisis externos: oportunidades y amenazas) con los problemas clínico detectados en los pacientes inmovilizados ingresados en el Sº de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Neurocirugia

Establecer las estrategias a desarrollar mediante análisis CAME: Corregir las debilidades, Afrontar las amenazas, Mantener las fortalezas y Explotar las oportunidades.

Elaboración de una encuesta de satisfacción del paciente y otra para los profesionales implicados que albergue las variables sobre las que vamos a trabajar

Puesta en practica y registro electrónico mediante base de datos excell de las variables determinadas para conocer la incidencia real de dichas complicaciones médicas en estos pacientes y la satisfacción de los mismos/sus familiares y el personal

Análisis de la incidencia de las variables detectadas y de las encuestas de satisfacción del paciente y profesionales

MÉTODO
1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Neurocirujanos, Supervisora enfermería de Neurocirugía, DUE, TCAE y Geriatra de la U.de Geriatria- Unidad de Valoración Sociosanitaria HUMS. Responsable: Supervisora de Neurocirugia
2.- Reuniones semanales para elaborar una matriz DAFO, estrategias CAME y elaborar base de datos excell con las variables elegidas asi como las encuestas de satisfacción. Responsables: FEAs Neurocirugia-Geriatra- Supervisora-DUEs de Neurocirugía
3.- Puesta en marcha del proyecto con registro excell
(a partir de Noviembre de 2018), sesiones formativas al personal de la planta sobre las variables detectadas y pase de encuestas de satisfacción. Responsable: Geriatra- Supervisora-DUEs
4.- Análisis de los datos y de las encuestas de Satisfacción (Mayo 2019) y propuesta de mejora. Responsable: Supervisora Neurocirugia.- FEAs Neurocirugia- FEA Geriatría

INDICADORES
Formacion de un Grupo de trabajo interdisciplinar: SI/NO
Elaboración de Matriz DAFO: SI/NO
Elaboración de análisis CAME: SI/NO
Elaboración de encuestas de satisfacción: SI/NO
Puesta en marcha y registro en excell: SI/NO
Análisis: SI/NO

DURACIÓN
FORMACION DEL GRUPO, DETECCION DE VARIABLES A REGISTRAR: JUNIO 2018 A OCTUBRE 2018
INICIO DE CHARLAS DE FORMACION, REGISTRO Y PASE DE ENCUENTAS: NOVIEMBRE 2018
MAYO 2019: ANALISIS 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 - 2018/1206

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NOVO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
SANEZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA
SIERRA MARTINEZ ESTER
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Indicadores:
1. Formación del grupo de trabajo multidisciplinar SÍ.
El grupo está compuesto por miembros del Sº de Neurocirugía: David Rivero Celada, Amanda Avedillos Ruidíaz, Beatriz Novo González; miembros del Sº de Anestesiología: Pilar Herranz Andrés, Marcos Polo, Leticia Oliden Gutierrez, Roberto Gómez; miembros del Sº de Neurofisiología: Alicia Saenz de Cabezón Álvarez; miembros del Sº de Psicología médica: Ester Sierra Martínez, María José Garcia Rubio.
El grupo ya se ha reunido en dos ocasiones, el 23 de enero y 8 de febrero de 2019
El grupo de trabajo está en proceso de hacerse oficial a través de la unidad de Calidad de Hospital Universitario Miguel Servet.

2. Elaboración de las guías específicas de cada Sº. NO.
Están en proceso de redacción y de consenso por parte del grupo

3. Revisión bibliográfica. SÍ . Se entregaría si fuera necesario

4. Inicio de registro de casos mediante hoja de cálculo excel. SÍ. Se han recogido pacientes intervenidos desde enero de 2016

5. Formación del protocolo de actuación en cirugía awake. NO
Estamos pendientes de finalizar las guías especificas de cada Sº

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento, hemos cumplido el calendario marcado inicialmente excepto en la realización de las guías específicas de cada Servicio, debido a la complejidad que supone y a la implicación de varios Servicios.
El impacto del proyecto es alto. La creación de un protocolo de actuación mejorará la eficiencia y calidad asistencial y disminuirá la aparición de efectos adversos en este tipo de cirugías, además de, en un futuro, poder extrapolarlo a otras cirugías con paciente despierto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de no haber cumplido un indicador en el tiempo pactado, la valoración en general es buena. Hay buen ambiente de trabajo y los miembros están siendo colaboradores. La creación de un protocolo de actuación mejorará la eficiencia y calidad asistencial y disminuirá la aparición de efectos adversos en este tipo de cirugías, además de, en un futuro, poder extrapolarlo a otras cirugías con paciente despierto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1206 ========== ***

Nº de registro: 1206

Título
PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

Autores:
NOVO GONZALEZ BEATRIZ, RIVERO CELADA DAVID, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, SAENZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA, SIERRA MARTINEZ ESTER, GARCIA RUBIO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1206

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cirugía “awake” es un procedimiento quirúrgico en el cual el paciente permanece despierto, y que permite el mapeo neurofisiológico y control clínico durante la resección. El mapeo intraoperatorio de las funciones cerebrales utilizando estimulación eléctrica en pacientes despiertos permite, no solo la extirpación del tumor a la vez que se preserva el estado funcional de los pacientes, sino que abre una ventana a la neurociencia cognitiva. Lo que se observa durante estas intervenciones y su correlación con los exámenes neuropsicológicos pre y postoperatorios conducen a nuevos conocimientos sobre la compleja anatomía funcional del cerebro humano. Además, amplía nuestro conocimiento sobre la reorganización de la red cerebral en presencia de enfermedades, con implicaciones para todas las disciplinas de la neurología.
El Servicio de Neurocirugía lleva haciendo cirugías con paciente despierto desde hace tiempo, en los últimos años se ha mejorado el manejo de estos pacientes con la ayuda de otros Servicios, que como un puzzle, se complementan para que la cirugía sea un éxito. Consideramos por todo ello, que la creación de un protocolo de actuación mejorará aún más dicho manejo, además de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial y disminuir los elementos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Formar grupo de trabajo multidisciplinar
-Creación de un protocolo de actuación multidisciplinar para mejorar el manejo médico y quirúrgico
-Revisión bibliográfica del manejo de estos pacientes.
-Registro electrónico mediante base de datos excel de los casos seleccionados
-Definir guías específicas para cada Servicio implicado: Anestesia, Neuropsicología, Neurofisiología y Neurocirugía.

MÉTODO
1. Formar grupo de trabajo multidisciplinar: Neuropsicólogos, neurofisiólogos, antestesistas y neurocirujanos.
2. Creación de un protocolo multidisciplinar para la detección, manejo y seguimiento del paciente candidato a cirugía “awake”, que contenga guías específicas de actuación por parte de cada Servicio implicado.
3. Revisión bibliográfica y creación de registro excel.

INDICADORES
-Formación del grupo de trabajo multidisciplinar (si/no)
-Elaboración de las guías específicas de cada servicio (si/no)
-Revisión bibliográfica (si/no)
-Inicio del registro de casos mediante hoja de cálculo excel (si/no)
-Formación de protocolo de actuación en cirugía “awake” (si/no)

DURACIÓN
-Formación del grupo, revisión bibliográfica y creación de registro: Junio-Julio 2018
-Creación de guías específicas: Julio-Diciembre 2018
-Realización de protocolo en cirugía awake: Enero-Marzo 2019
-Presentación del protocolo: Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HADDAD GARAY MARIA
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN
SERRANO TRILLO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha sistematizado la utilización de la información del sistema de calidad.
Se ha insistido en la importancia del registro de incidencias.
Se ha hecho un aresvisión periódoca de las incidencias y se han abierto las no conformidades oportunas.
Se han realizado reuniones con el personal del servicio para poner en común los acciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implicación de todo el personal del servicio.
Superación safactoria de las auditorías tanto interna como externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia del trabajo continuado para el mantenimiento del sistema de calidad ISO 9001tras la implantación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/876 ========== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
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 de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

servicio con el fin de lograr una mejora contínua.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0487

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA HADDAD GARAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Consulta monográfica de patología del túnel del carpo.
Todas las solicitudes con sospecha de esta patología se han citado en esta consulta.
Estandarización en la exploración neurofisiológica: Se ha utilizado el mismo protocolo de exploración con la intención de estandarizar la técnica y disminuir la variabilidad interexplorador.
Fue Consensuado el test más sensinle de exploración entre los facultativos.
En los informes neurofisiológicos se utilizaron los mismos criterios diagnósticos de lesión recomendados por la Asociación Americana de Electrodiagnóstico y Patología Neuromuscular AANEM.
En la conclusión del informe queda establecido el grado de lesión para facilitar en Atención Primaria la continuidad del proceso.
Todo lo anterior ha permitido dejar más tiempo en el resto de consultas de EMG que requieran exploraciones de mayor complejidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En más del 90% de los pacientes con Diagnóstico neurofisiológico de STC ha sido clasificado el grado de lesión: leve, moderado o intenso.
El diagnóstico neurofisiológico, especificando el grado de lesión, aporta datos objetivos que permiten la continuidad del proceso entre Atención Primaria y especializada.
El tiempo entre el diagnóstico y el posible tratamiento ha sido disminuido.
La variabilidad en la indicación del ENG ha sido disminuida ya que deben cumplir determinados criterios clínicos cuando son solicitados desde Atención Primaria.
También se ha disminuido la variabilidad a la hora de indicación del tipo de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios en el proceso asistencial disminuyen el número de visitas a Especializada. Anteriormente de Atención Primaria los pacientes con sospecha del túnel del carpo eran derivados a Rehabilitación o Traumatología y desde especializada solicitaban el ENG; y posteriormente se citaban en especializada para el tratamiento. En la actualidad desde Atención Primaria son derivados a Neurofisiología y en función del informe neurofisiológico son derivados a Especializada.
Este proyecto ha quedado implantado en el servicio dados sus buenos resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/487 ========== ***

Nº de registro: 0487

Título
CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, ALMARCEGUI LAFITA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0487

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Al analizar la gran prevalencia del STC con la consiguiente repercusión sobre los recursos sanitarios y las diferentes vías de procedencia se intenta concretar la derivación de los pacientes a los distintos especialistas: Atención primaria, rehabilitación, traumatología.
Con ello se pretende que cada paciente reciba el tratamiento adecuado según su grado de afectación con el menor número de visitas especializadas.
Tras una reunión con los diferentes especialistas involucrados en el proceso del túnel carpiano se llegó al acuerdo de clasificar según el grado de afectación neurofisiológica en el STC.
En función de los distintos grados se derivarán los pacientes a distintos especialistas
Para ello es necesario la unificación de criterios de los especialistas de neurofisiología clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes con síndrome de túnel carpiano serán clasificados en tres niveles de gravedad: leve, moderado y severo.
Con ello el paciente será derivado por el médico que solicitó la prueba a los diferentes especialistas.

MÉTODO
Se ha consensuado con todos los facultativos el protocolo de exploración del síndrome del túnel carpiano. Al final de la exploración se emitirá un informe en el cual se especificará el grado de afectación: leve, moderado, grave.

INDICADORES
Número de pacientes con diagnóstico neurofisiológico de STC clasificado en : leve, moderado o grave.

DURACIÓN
Fecha de inicio de las actuaciones Abril 2018.
Duración indeterminada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se establecieron Objetivos e indicadores del Servicio para 2018.
Se planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
Se han revisado periódicamente logros y problemas y se han introducido cambios en la planificación y consecución de los objetivos de acuerdo a las incidencias surgidas: en los objetivos de calidad docente se han producido cambios de tutores y hemos tenido acceso al borrador del nuevo programa de la especialidad de Neurología, lo que ha conducido a la adaptación de las fichas de evaluación al programa lo que ha supuesto cambios en la planificación de actividades. De la misma forma, la implantación e la HC electrónica ha supuesto la paralización momentánea en la implantación de la hoja de evaluación de riesgos del paciente hospitalizado ya que estaba en papel. Se ha solicitado su inclusión en la HCE y se ha facilitado el modelo, pero todavía no ha sido incorporada. Además,
Se ha continuado con las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (ver actas), y se ha realizado un análisis periódico de incidencias y no conformidades en las reuniones de este grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio.
Se ha analizado el grado de cumplimentación de los objetivos así como las dificultades que hemos tenido que afrontar en su desarroollo.
Se ha realizado la auditoría externa de la ISO 9001:2015 con ausencia de NO Conformidades.
Se ha preparado la documentación para la auditoría de la ISO 9001:2015 correspondiente a 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El modelo de la Certificación ISO supone un recurso metodológico que nos ayuda en la mejora contínua del servicio que prestamos a los ciudadanos. Ayuda a mantener la "tensión" profesional necesaria para intentar ofrecer en lo posible la mejor práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1431 ========== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA-JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

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

PROBLEMA
El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada pricipalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
.

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorverá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARTAL ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERBERT MEZA HERBERT DANIEL
SERRANO PONZ MARTA
MARTA MORENO JAVIER
PUERTO BARNETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó el curso presencial de formación en neurosonología para neurólogos y neurólogos en formación en nuestra comunidad autónoma. Fue impartido en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en las fechas 3-4, 10 y 11 de Mayo de 2018. El día 3 y 10 se impartieron clases teóricas en horario de 17:00 a 21:00 horas. Los días 4 y 11 se realizaron las sesiones prácticas dividiendo a los alumnos por parejas de tal forma que rotaban de forma consecutiva por 5 "estaciones". En cada estación un profesor enseñaba una determinada técnica y posteriormente los alumnos realizaban dichas pruebas a pacientes ingresados en nuestro servidcio previo consentimiento de los mismos y sus familiares.
Como docentes participaron profesionales del Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y hospital San Jorge de Huesca.
El curso fue dotado con 4 créditos de formación continuada y quedó registrado dentro de la oferta de formación de calidad por parte del P.A.I.A.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El curso fue realizado de forma satisfactoria participando 12 adjuntos y 8 residentes en formación. Hubo una muy buena participación como en otros años en los que ha sido realizado el curso.
Se realizaron encuestas de satisfacción y se pasaron las hojas de asistencia . Todos los alumnos cumplieron con los requisitos de asistencia y con el nivel de conocimientos requeridos al final del curso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De nuevo la realización del curso tuvo una muy buena aceptación lo que refleja la necesidad por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad de mantenerse actualizados en esta técnica.
Este curso ayuda de forma muy importante a estandarizar las exploraciones, resolver problemas técnicos y mantener comunicación entre los distintos profesionales que de forma habitual realizan esta prueba en su práctica clínica diaria.
Desde el plan de atención al ictus Aragón se promueve la realización de este curso cada 2 años como complemento en formación y actualización de los neurólogos de nuestra comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1242 ========== ***

Nº de registro: 1242

Título
OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

Autores:
ARTAL ROY JORGE, TEJADA MEZA HERBERT DANIEL, SERRANO PONZ MARTA, MARTA MORENO JAVIER, PUERTO BARNETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

PROBLEMA
La utilización del ecodoppler carotideo en el diagnóstico de las enfermedades cerebrovasculares se realiza desde principios de los años 90. La neurosonología ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección de patología cerebrovascular convirtiéndose en un recurso básico en la práctica clínica diaria evitando la utilización de otras técnicas diagnósticas como la arteriografía, angioTAC o angioRNM cerebral y de troncos supra-aórticos que son de mayor complejidad, requieren más medios técnicos, tiempo, suelen requerir la utilización de contrastes y en ocasiones resultan cruentas (como es el caso de la arteriografía) . Dicha técnica ha ido desarrollándose en los últimos años apareciendo gran cantidad de aplicaciones que requieren una formación adecuada del profesional para su correcta interpretación. Desde el comité del Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), promovido por el SALUD y en el que participan neurólogos de todos los sectores sanitarios, se están promoviendo acciones encaminadas a mejorar su utilización por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad que, por otra parte,encuentran dificultades para obtener formación en este campo.
Desde nuestro Servicio de Neurología y en concreto desde la Unidad de Patología Vascular Cerebral y en colaboración con el resto de hospitales de Aragón hemos elaborado un proyecto de mejora para la utilización de dicho recurso basado en una oferta de formación de calidad y homogeneización de procedimientos y criterios diagnósticos. Está sería la tercera edición, con éxito de asistencia y resultados en las dos anteriores. se propone promover este curso cada 2 años desde el PAIA.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es mejorar la formación en esta área de los Neurólogos de Aragón, unificar criterios diagnósticos entre los distintos hospitales de nuestra región,consensuar los protocolos de actuación en las distintas patologías y ampliar las aplicaciones de la neurosonología a otras patologías en las que actualmente no se utiliza a pesar de su indicación

MÉTODO
Los neurólogos del equipo de Ictus del Hospital Universitario Miguel Servet hemos realizado un programa formativo sobre neurosonología en el que participarán profesionales del Hospital de San Jorge de Huesca y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El curso irá dirigido a Neurólogos que desarrollen su ejercicio profesional en Aragón. Se contará con 10-12 plazas para el curso que se desarrollará en dos semanas consecutivas. Los jueves se realizarán charlas teóricas de formación y los viernes se realizarán las jornadas prácticas . Para las prácticas, los alumnos serán divídos en grupos de 2 que se distribuirán entre el hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Miguel Servet. Además de la disponibilidad de los ecógrafos de los dos servicios de Neurología, se ha conseguido la cesión de tres ecógrafos para que los alumnos puedan realizar las prácticas de manera más eficiente.
Por otro lado se aportará un libro que recoge los protocolos para una correcta exploración en función de la patología estudiada. El libro ha sido editado por el HUMS con participación de neurólogos de otras áreas.

INDICADORES
Con respecto al curso se realizará una encuesta de satisfacción por parte de los alumnos y un examen para ver los conocimientos adquiridos. En la encuesta de satisfacción se considerará un resultado favorable la obtención de un 90% o más de valoraciones positivas de los distintos items.
La formación se considerará realizada si el alumno supera el 80% del tiempo de asistencia y el examen teórico .

DURACIÓN
El curso de realizará en dos fases que tendrán lugar en dos semanas consecutivos, las jornadas de formación teórica serán los jueves y las jornadas prácticas los viernes. El examen y la encuesta de satisfacción se realizarán el último día del curso.
Se aportará libro de neurosonología editado por nuestro hospital y manual de procedimientos de nuestra Unidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1257

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... HERBERT TEJADA MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA MORENO JAVIER
SERRANO PONZ MARTA
ARTAL ROY JORGE
SERAL MORAL PILAR
GROS BAÑERES BELEN
BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO
AURE VILLALBA ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones con el equipo de atención al código ictus en julio y noviembre 2018.
- Hicimos dos cursos de capacitación en octubre y noviembre del 2018 para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- NO pudimos terminar de implementar el sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención por problemas técnicos de los dispositivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos (ALCANZADO).
Indicadores:
Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos) = ALCANZAMOS el objetivo con una mediana de 43 minutos.
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos) = ALCANZAMOS el objetivo con una mediana de 84 minutos.
Tiempo puerta-TC = NO ALCANZAMOS el objetivo de mediana < o = 25 minutos, pero conseguimos unos 28 minutos (en comparación con 31 minutos del 2017)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que la reingeniería de proceso realizada para mejorar los tiempos de atención ha sido eficiente, hemos conseguido resultados óptimos en los indicadores tiempo puerta-aguja (objetivo principal) y puerta-ingle. Además hemos detectado una medida de mejora para conseguir alcanzar los resultados planteados para el tiempo puerta-TC, medida que creemos factible de implementar dado que disponemos de las herramientas necesarias y consideramos un tema importante de abordar este año, en el marco de un nuevo proyecto de calidad para la optimización de la atención del ictus isquémico agudo.
Respecto a la implementación del sistema de sensores y balizas por problemas técnicos de los dispositivos, no ha podido completarse, siendo este problema, desgraciadamente, ajeno a nuestras competencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1257 ========== ***

Nº de registro: 1257

Título
PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

Autores:
TEJADA MEZA HERBERT DANIEL, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA, ARTAL ROY JORGE, SERAL MORAL PILAR, GROS BAÑERES BELEN, BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO, AURE VILLALBA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1257

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

PROBLEMA
El tiempo es un componente fundamental en la atención al ictus isquémico hiperagudo, a nivel hospitalario, esto implica demorarse no más de 60 minutos (45 minutos de forma optima) entre que el paciente llega a Urgencias y se le administra la fibrinolisis intravenosa (tiempo puerta-aguja) como tratamiento reperfusor y menos de 120 minutos hasta que se inicia el tratamiento endovascular. Para lo cuál es importante una adecuada planificación y monitorización de todos los pasos que se realizan en dicha atención.

RESULTADOS ESPERADOS
Instaurar un sistema optimo de monitorización automática de los tiempos de atención al ictus isquémico hiperagudo (todo código ictus) en el HUMS
Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos.

MÉTODO
- Reuniones con el equipo de atención al códgio ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras.
- Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atencion al ictus hiperagudo.

INDICADORES
Tiempo puerta-TC (< o =25 minutos)
Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos)
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos)
Número de códigos ictus reperfundidos registrados por sensores y balizas (= o >80)

DURACIÓN
Reuniones semestrales con el equipo de atención al códgio ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras --> (SEMESTRALMENTE)
Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo--> inicios de JUNIO 2018, mediados de JUNIO 2018, NOVIEMBRE 2018)
Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atencion al ictus hiperagudo --> (JUNIO 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 - 2018/0015

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAQUEDANO MAINAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACION DE MATERIAL INFORMATIVO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION PARCIAL DE DICHOS FOLLETOS INFORMATIVOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DISPERSION DEL GRUPO. BAJO SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/15 ========== ***

Nº de registro: 0015

Título
INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA

Autores:
BAQUEDANO MAINAR LAURA, JOSE GUTIERREZ YASMINA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, ALCASAN JUAN JOSE, LANZON LAGA ALBERTO, BOLEA TOBAJAS RAUL, ADIEGO CALVO IGNACIO, YAGÜE MORENO HORTENSIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La información médica a las pacientes es esencial en cualquier proceso, máxime cuando se trata de una patología grave, como lo es un cáncer ginecológico. Las pacientes buscan muchas veces por internet y se apoyan en informaciones no del todo contrastadas tomadas de fuentes no siempre médicas ni con rigor científico.
Cuando se diagnostica un proceso oncológico ginecológico el shock al recibir la noticia hace que la explicación del mismo y muchas de las recomendaciones que damos a pacientes y familiares pasen desapercibidas.
Es preciso mejorar la información que se da a las pacientes y sus familias y hacerlo por escrito contribuirá a asentar las indicaciones y consejos que el médico expresa verbalmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes oncológicas del Servicio de Ginecología.
Intervenciones a realizar: ofrecer un folleto informativo editado por el Servicio de Ginecología acerca de cada uno de los procesos oncológicos ginecológicos: Vulva, cervix, carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, ovario.
En dicho folleto constará: epidemiología, clínica, diagnóstico, opciones terapéuticas, cuidados tras los mismos y posibles reacciones adversas, planificación del seguimiento así como normas de estilo de vida saludable para las pacientes supervivientes. Todo ello basado en las guías nacionales e internacionales más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0015

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA

importantes de cáncer ginecológico. Asímismo se expondrán las normas y funcionamiento de la Oncología Ginecológica del HUMS con respecto a la consulta, hospitalización, comité de tumores y seguimiento ambulatorio. También se facilitará la manera de ponerse en contacto con los profesionales en caso de que existan dudas o surja un problema médico promoviendo así un mejor acceso de la paciente hacia los servicios sanitarios y optimización de los mismos. Se espera promover el conocimiento de las pacientes y sus familias de la patología oncológica diagnosticada para así poder afrontarla de forma más positiva evitando el miedo a lo desconocido e involucrar a unos y otros en los cuidadso postoperatorios y de salud en general de dichas pacientes. Asímismo se pretende mejorar la relación médico paciente en aras a favorecer la asistencia médico quirúrgica.

MÉTODO
Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Busqueda bibliográfica en las principales guías Nacionales e Internacionales de cáncer ginecológico: SEGO; EORTC, SEOM, GEICO, IGCS, NCCN,ESGO, ASCO, ESGO, GCIC.
Elaboración de folletos informativos.
Edición de la información.
Impresión de los folletos.
Reparto de los folletos en consulta y/o planta de Ginecología.

INDICADORES
Ofrecer información por escrito al 95-100% de las pacientes oncológicas diagnosticadas y/o tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet y sus familiares.

DURACIÓN
Abril- Mayo 2018: Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Junio 2018: Elaboración, edición e impresión de los folletos informativos.
Julio-Agosto de 2018: reparto de la información en Consultas externas y hospitalización de la planta 2ª de Ginecología del HMI HUMS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0223

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, se identificó el problema. Seguidamente se realizó el proyecto completo. Se procedió al acuerdo con todos los estamentos y unidades implicadas. Se consensuó dentro del Servicio con todos los facultativos implicados en su realización. Se consensuó con Enfermería en todos los Centros de Especialidades donde se pensaba implementar (San José, Grande Covián y Ramón y Cajal), y en las Consultas de Obstetricia del Hospital Miguel Servet. Se instruyó a todo el personal en la toma de la Presión Arterial Media y se elaboró un documento de cribado por Historia Clínica, que debía ser completado por los facultativos implicados. También se consensuó con la Unidad de Ecografía y Diagnóstico Prenatal, el control de los cribados en la semana 20 de la gestación y la realización de un Doppler de arterias uterinas.
Se determinó cual era el mejor tratamiento preventivo de la preeclampsia en las pacientes con resultado de cribado positivo y se puso en marcha el proyecto. En el mes de junio de 2018, comenzó el cribado de preeclampsia, y su implementación fue progresiva durante el segundo semestre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, la tasa de pacientes cribadas para preeclampsia supera el 90% durante el primer trimestre de la gestación. Estos resultados, para el tiempo de proyecto, podrían considerarse como satisfactorios y superiores al estándar marcado
Las pacientes con un cribado positivo, inician tratamiento adecuado en el 100% de los casos por lo que su labor de prevención de la preeclampsia, sobre todo precoz, la seguiremos viendo en los próximos meses.
La fuente de datos, se encuentra en las pacientes remitidas para realizaciónd del dopper de uterinas coincidente con la Ecografía morfológica fetal y en los datos de la cartilla electrónica del embarazo. También en los casos de preeclampsia severa ingresados en la planta de Medicina Materno Fetal del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración sobre el desarrollo del proyecto es muy satisfactoria. La colaboración de todo el personal implicado ha sido muy amplia, entendiendo en todo momento que se trataba de un proyecto de mejora orientado principalmente a la paciente. Si el proyecto salía adelante, los casos de preeclampsia precoz y severa, que son causa de muy malos resultados obstétricos, podían ser prevenidos en el 50% de la población tributaria.
Como pendiente, quedaría el cribado del 50% de la población que necesita otros métodos diferentes para poder ser seleccionadas. Incluiríamos el dopper de la arteria uterina en el primer trimestre del embarazo y la determinación del PlGF (Factor de Crecimiento Placentario) en la primera analítica de la gestación del primer trimestre. Esto requeriría de nuevos proyectos en los que los requerimientos económicos (en el caso de la determinación bioquímica) o los de tiempo de exploración (en el caso del doppler de arterias uterinas), podrían condicionar su presentación o su aprobación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/223 ========== ***

Nº de registro: 0223

Título
CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0223

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La preeclampsia es una de las enfermedades más graves y de mayor repercusión para la madre y el feto, del embarazo.
El tratamiento es complejo y paliativo. Cuanto más precoz sea su aparición, sus efectos son más demoledores, centrados fundamentalmente en las alteraciones del crecimiento y bienestar intraútero por parte del feto, y del riesgo de morbilidad severa y mortalidad por parte de la madre. Esta última se fundamenta en la severa alteración cardiovascular, con repercusión a nivel renal, cardiaco, hepático y cerebral.
Aunque existen medidas de prevención basadas en la toma diaria de ácido acetil salicílico a dosis bajas, ésta debe iniciarse antes de la semana 15 de la gestación, según demostró el estudio ASPRE.
La posibilidad de encontrar a la población tributaria de este tratamiento preventivo, haría que las cifras de preeclampsia, sobre todo la precoz, disminuyeran en un futuro, con todo lo que esto supone en la morbimortalidad tanto fetal como materna

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es seleccionar una población diana por sus antecedentes clínicos y familiares, y por su presión arterial media, que fuera tributaria de inicio del tratamiento preventivo antes de la semana 15 de gestación

MÉTODO
Las acciones previstas son:
* Elaboración de documento que recoja los factores de riesgo que deben ser investigados en la historia de primer día y que clasificados como mayores o menores, con su puntuación seleccionen al grupo de riesgo
* Establecimiento de límite superior de la presión arterial media, por encima del cual la paciente es encuadrada en grupo de riesgo
* Elaboración de documento informativo sobre las condiciones en que se debe encontrar la paciente para que la toma de la presión arterial media sea totalmente fiable
* Reunión con los responsables de las consultas de Obstetricia para la exposición del proyecto, recogiendo propuestas
* Reunión con supervisoras de Enfermería de consultas para valorar la toma correcta de la paresión arterial media
* Establecimiento de fecha de inicio del proyecto

INDICADORES
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios no hayan sido cribadas en en primer trimestre
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios hayan sido cribadas y no hayan sido tratadas profilácticamente antes de la semana 15
El valor a alcanzar, siempre que las pacientes hayan sido vistas durante el primer trimestre, debería acercarse al 0%
Durante el primer año, el límite inferior de calidad no debería ser inferior al 20%

DURACIÓN
MARZO-ABRIL 2018: elaboración de documentos
ABRIL-MAYO: reuniones con el Servicio y con los especialistas que pasan de forma habitual la consulta. Resolución de dudas, recogida de propuestas.
reuniones con las supervisoras de consultas para coordinar actuaciones en la medición de la presión arterial media y disponibilidad de documentación en las consultas
MAYO: inicio 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 - 2018/0497

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLEA TOBAJAS RAUL
LAMARCA BALLESTEROS MARTA
MOROLLON LORIZ ISABEL
RODRIGO CONDE CESAR
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
ROY RAMOS VIRGINIA
YAGÜE MORENO HORTENSIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Elaboracion de un protocolo de manejo terapeutico conservador y pautas de seguimiento de las pacientes afectas de Vain tratadas con imiquimod, asicomo de la sistematica de aplicacion del tratamiento tópico. Pendiente de aprobacion por la Unidad de Calidad.
2-Recogida de datos de las pacientes sometidas a dicho seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Unificacion de los criterios por parte del servicio de las pautas de tratamiento topico con imiquimod en acientes afectas de Vain.
2-Difusión de los mismos al resto del los miembros del servicio de Ginecología.
3-Eliminación de la infección persistente por VPH en vagina en 2/ 3 de las pacientes sometidas a dicho protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A poesar de la baja prevlencia de dicha patología, los resultados obtenidos son muy optimistas en cuanto a la reducción en el número de casos que necesitarán tratamiento quirurgico de dicha patología, reducciendo así de forma indirecta la morbi-mortalidad asociada a la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/497 ========== ***

Nº de registro: 0497

Título
PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LAS PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

Autores:
BORQUE IBAÑEZ AMPARO, BOLEA TOBAJAS RAUL, LAMARCA BALLESTEROS MARTA, MOROLLON LORIZ ISABEL, RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL, ROY RAMOS VIRGINIA, YAGÜE MORENO HORTENSIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Entre las lesiones precursoras de cancer del tracto genital inferior figura la neoplasia intraepitelial de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0497

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

vagina. Dicha patología aparece en las pacientes que padecen o han padecido una infección por el virus del papiloma humano VPH, con persistencia y ausencia de aclaramiento de la misma, y especialmente en aquellas que han sido sometidas a cirugía ginecológica, histerectomía con o sin anexectomía bilateral por una lesión precursora de cancer de cervix uterino. En dichas pacientes la persistencia viral, especialmente de los tipos 16 y 18 tras la cirugía, condiciona la eventual aparición de lesiones precursoras e incluso de carcinoma invasor de vagina.

Hasta la fecha, el establecimiento de dicho diagnóstico: VaIN 3, suponía la reintervención quirurgica mediante colpectomía parcial o total, siendo esta en algunas ocasiones técnicamente dificultosa y con pobres resultados funcionales en pacientes jóvenes o de edad intermedia con actividad sexual regular en las que el acortamiento de la vagina podría mermar notablemente su bienestar físico y psicológico en materia de salud sexual. Si bien la prevalencia de dicha patología no es muy alta en nuestro medio los estudios recientes aportan resultados exitosos en el tratamiento tópico intravaginal con inmunomoduladores como el imiquimod, incluso con regresión de la lesión y aclaramiento de la infección por VPH.

En la actualidad en nuestra area se viene aplicando dicho tratamiento en regimen ambulatorio a un grupo previamente seleccionado de pacientes con lesiones vaginales intraepiteliales diagnosticadas a lo largo del seguimiento clínico o a aquellas con afectación de márgenes quirurgicos tras exéresis de la lesión en las que se ha descartado la existencia de invasión oculta, y que pueden beneficiarse de un tratamiento medico.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar el manejo terapeutico de las pacientes con VaIN 3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico: pautas de dosificacion y seguimiento en consultas externas de Ginecologia.

Establecer un registro informatizado de las mismas al objeto de confirmar la eficacia del mismo, y mejorar el control de posibles efectos adversos asociados al uso de un inmunomodulador.

Lugar de intervención: Combinación de administración del fármaco en consultas externas por un facultativo y autoaplicacion en domicilio por la propia paciente según pautas indicadas en la fase de adiestramiento.

MÉTODO
1-Difusión del programa de manejo terapeutico y de seguimento de las pacientes con VaIN susceptibles de tratamiento tópico a todos los miembros del Sevicio de Ginecología en Sesión Clínica.
2-Elaboración de un breve resumen de información e instrucciones para la paciente en materia de autoaplicación.
3- Registro de las pacientes y resultados de las pruebas diagnósticas de control y seguimiento.
4- Elaboración de un documento de Consentimiento Informado para la administración de dicha opción terapeutica.
5- Elaboración de una encuesta de valoración- evaluación de la satisfacción, a responder por parte de las pacientes una vez finalizado el proceso de seguimiento inicial y tras el ciclo de tratamiento.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con VaIN3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico inmunomodulador en la que se consigue el aclaramiento de la infección viral o regresión de la lesión.

DURACIÓN
1-Elaboración del protocolo de manejo terapeutico conservador con imiquimod tópico del VaIN 3: Mayo2018.
2-Difusión del mismo en el Servicio: Mayo 2018.
3-Aplicación y recogida de datos: Mayo- 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 - 2018/0762

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR DARIA TAJADA CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE GUTIERREZ YASMINA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
BORQUE IBAÑEZ AMPARO
RODRIGO CONDE CESAR
LANZON LAGA ALBERTO
BOLEA TOBAJAS RAUL
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Hemos establecido el protocolo de actuación, diagnóstico y seguimiento en consulta.
-Presentación del mismo a los integrantes del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Implantación del protocolo.Actualmente seguimos en fase de experimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Hemos conseguido Homogeneizar criterios entre todos los miembros del equipo evitando solicitar determinaciones innecesarias.
-Respetar intervalos de tiempo similares y adecuados para el seguimiento y control, evitando consultas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/762 ========== ***

Nº de registro: 0762

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Autores:
TAJADA CEPERO PILAR, JOSE GUTIERREZ YASMINA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, RODRIGO CONDE CESAR, LANZON LAGA ALBERTO, BOLEA TOBAJAS RAUL, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las masas?anexiales?constituyen un problema frecuente en la consulta ginecológica.?Dada la gran variedad histológica y su aparición en cualquier edad,?en muchas ocasiones?es difícil hacer un pronóstico preoperatorio de benignidad o?malignidad.Otra?de las dificultades?diagnósticas?que entraña una masa?anexial, es la clínica tardía con la que se presentan, importante en los tumores malignos.?
Estas dificultades llevan en muchos casos, a solicitar pruebas de estudio adicionales, que un alto porcentaje, no modifican la conducta clínica ni el pronóstico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0762

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Los tumores benignos de ovario representan el 75% del total de tumoraciones ováricas.La correcta caracterización de estas tumoraciones?es de gran importancia, ya que tiene como objetivo evitar intervenciones innecesarias en los quistes?funcionales o?benignos,así como?ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica?en aquellos casos que lo precisen,con la mínima morbilidad.?
La ecografía?transvaginal?es la técnica de primera línea diagnóstica.Actualmente se recomienda la utilización de los criterios de riesgo IOTA,estandarizando la descripción de los hallazgos morfológicos para el diagnóstico y clasificación de las masas?anexiales.?
?Aplicando estas?reglas,se?pueden clasificar el 76% de tumoraciones bajo la realización de la ecografía en manos expertas.A pesar de ella e independientemente del método utilizado, existen alrededor de un 25% de masas?anexiales?de difícil caracterización.?
En estos casos, en los que se considera que existe un riesgo de malignidad intermedio (5-25%)?asi?como en las masas clasificadas como masas?de? riesgo?de malignidad alto,?deben considerarse una serie de pruebas adicionales entre las que se encuentran los MT y otras pruebas de imagen(RNM o TAC)?que permitan orientar de una manera más precisa la?conducta clínica más adecuada,en el menor tiempo posible.Del mismo modo cuando una masa es ecográficamente clasificada como masa de aspecto claramente benigno (endometrioma, teratoma,quiste?simple,quiste?hemorrágico…) no precisa ningún otro test diagnóstico?adicional y?deberemos decidir cuál es la conducta más adecuada a seguir en función de los datos?clínicos, optando?por una actitud?expectante versus quirúrgica.?

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar y diferenciar aquellas masas?anexiales?que requieren un estudio y seguimiento??con marcadores tumorales.Un adecuado protocolo de actuación en este sentido permitiría:? -Evitar determinaciones analíticas innecesarias.-Evitar ?consultas? de?revisión y consultas de resultados.-Agilizar el diagnóstico de aquellas masas?anexiales?de riesgo intermedio y alto de malignidad y derivarlas con carácter?preferente? a?la consulta de referencia para poner en marcha el proceso diagnóstico-terapeútico?apropiado.-Disminuir?la morbilidad, al reducir el nº de analíticas y?la?preocupación que supone al paciente estar pendiente de un resultado,especialmente cuándo?los mismos no van?a modificar la actitud a seguir.

MÉTODO
1-Establecer un protocolo de diagnóstico y seguimiento de las masas?anexiales?que permita a toda la unidad actuar de manera homogénea y llevar a cabo una?conducta? con intervalos de tiempo similares y adecuados. 2-Solicitar el estudio adicional de las masas anexiales que lo precisen con Marcadores tumorales, según protocolo.3-Definir el intervalo de tiempo de control justo en el manejo de las masas anexiales,4-Presentación a los integrantes de dicho servicio. 5-Implantación del protocolo.6-Evaluación de los resultados,modificación de aquellos apartados que se consideren mejorables,y seguimiento.

INDICADORES
Mediante una revisión de las historias clínicas,podremos?valorar, si?desde la implantación del proyecto,se consigue una reducción de estudios analíticos, y de las consultas necesarias de revisión y resultados, sin que esto modifique el pronóstico clínico,así como un menor intervalo de tiempo para iniciar el estudio complementario y derivar las masas de riesgo intermedio y alto, a la consulta de referencia del Hospital. Indicadores:1-Comparar nº analíticas con MT,realizadas previa y posteriormente a la implantación del protocolo en cada paciente. 2-Comparar nº de consultas necesarias en el seguimiento y manejo de las masas anexiales.3-Comparar el intervalo de tiempo transcurrido entre dichas consultas de revisión y resultados.4-?Comparar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de sospecha de una masa anexial de riesgo intermedio y alto de malignidad hasta su estudio en la consulta de referencia. ?

DURACIÓN
Fecha prevista de?inicio:Julio 2018.Elaboración del protocolo:Mayo 2018.
Presentación a los integrantes del servicio:Junio 2018.Aplicación del protocolo:Junio 2018.Evaluación:Septiembre/18,Diciembre/18,Marzo/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA DE LA PEÑA DIESTE PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAJADA DUASO MAURICIO
MARTI GAMBOA SABINA
PARIS BOJ VIRGINIA
PASCUAL MANCHO JARA
PEREZ PEREZ PILAR
PALACIOS LAZARO MARTA
GARRIDO FERNANDEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De las actividades propuestas en nuestro proyecto, se han realizado:

- Consenso con el resto de los servicios implicados en la actualización del protocolo de diagnóstico y manejo del feto con retraso de crecimiento intrauterino: información y aprobación del nuevo protocolo DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL FETO CON RETRASO DE CRECIMIENTO por el Jefe de Servicio de Obstetricia y las distintas secciones y servicios implicados (Ecografía Obstétrica y Diagnóstico Prenatal, Medicina Materno fetal, Urgencias y Paritorio, Pediatría, Genética y Microbiología) con el código Z2-580-19.

- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar del nuevo protocolo: Acta del 24 de octubre de 2018: Presentación del nuevo protocolo de diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino: Estrategias para mejorar nuestra tasa de detección y el manejo del feto PEG-CIR.

- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler): con ello hemos controlado a aquellos fetos que según percentil de peso en Eco de semana 35 podrían estar en riesgo de convertirse en fetos pequeños para la edad gestacional, únicamente suponiendo menos de un 3% de la repetición de dicha ecografía como veremos más adelante en los resultados obtenidos.

- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo: se ha ofertado a todos los fetos diagnosticados durante el 2018 de retraso de crecimiento, dependiendo de la paciente la aceptación o no de dicho estudio.

De las actividades propuestas en nuestro proyecto no se han realizado todavía:

- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6: pendiente de implementarse a partir del mes de Abril de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA: realizado y aprobado a fecha de 7 de febrero de 2019: Código Z2-580-19

- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%: tasa de detección del 37%. Información conseguida a través de la base de datos obtenida mediante el programa hp doctor. Cálculo de datos en el mes de Julio de 2018 y extrapolación de los mismos a todo el año 2018.

- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%: tasa detección del 62%. Información conseguida a través de la base de datos obtenida mediante el programa hp doctor. Cálculo de datos en el mes de Julio de 2018 y extrapolación de los mismos a todo el año 2018.

- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo: se ha ofertado a todos los fetos diagnosticados durante el 2018 de retraso de crecimiento, dependiendo de la paciente la aceptación o no de dicho estudio. Datos obtenidos de los informes de la consulta de Diagnóstico Prenatal.

- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%: tasa de repetición observada del 2.7%. Datos conseguidos mediante el programa hp doctor, a través de los informes de Ecografía obstétrica realizada en III trimestre de gestación de todo el año 2018. Cálculo del número de pacientes a las cuales se les ha repetido ecografía 15 días más tarde por motivo de percentil de peso entre 10-15.

- Tasa de ECO contingente menor del 5%: tasa de ecografías solicitadas sobre el total de realizadas estimada en torno al 1%. Datos estimados sin posible confirmación debido a la ausencia de codificación de causa de solicitud en el programa hp doctor (pendiente de realizar con el servicio de informática).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

A pesar de que la implantación del nuevo protocolo ha hecho que nuestras tasas de detección hayan aumentado, éstas siguen estando por debajo del standard establecido por lo que hay que seguir trabajando en la mejora de la estimación de estos fetos PEG y CIR.

Por otra parte la ampliación de rango de edad gestacional para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6 sigue siendo un apartado pendiente de realizar, el cual esperamos implantar a partir del mes de Abril y con el cual esperamos poder diagnosticar aquellos fetos PEG o CIR de aparición más tardía, aumentado por lo tanto nuestra tasa de detección.

Con todo esto, seguiremos recogiendo datos a lo largo del año 2019 hasta conseguir alcanzar nuestros objetivos iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1011 ========== ***

Nº de registro: 1011

Título
ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

Autores:
DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA, TAJADA DUASO MAURICIO, MARTI GAMBOA SABINA, PARIS BOJ VIRGINIA, PASCUAL MANCHO JARA, PEREZ PEREZ PILAR, PALACIOS LAZARO MARTA, GARRIDO FERNANDEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Pese a ser una de las condiciones más relevantes en términos de morbilidad y mortalidad perinatal, no existe consenso internacional en relación con el diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino (RCIU). Actualmente el único tratamiento eficaz demostrado consiste en la elección del momento más oportuno para finalizar la gestación, considerando los riesgos de la prematuridad y la propia inducción del parto frente a la morbimortalidad a corto y largo plazo de la insuficiencia placentaria. Por ello es sumamente importante poder diagnosticarlos correctamente. La detección de los fetos PEG independientemente del protocolo de conducta produce una disminución relevante en la mortalidad fetal (del 20 %0 al 10 %0) asociada a una edad gestacional 10 días menor al nacimiento. La tasa de detección PEG estándar es mayor del 35%, alcanzando en algunos centros más del 50%. Y con respecto al CIR, una tasa estándar de detección en torno al 75%. Nuestras tasas de detección se sitúan por debajo, siendo del 30% y 68% respectivamente. Por otro lado, se han publicado peores resultados perinatales, mayor riesgo de mal resultado neurológico a largo plazo y desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (hipertensión, diabetes o dislipemia) en los nacidos por debajo del percentil 10 con o sin alteraciones en el flujo vascular uterino y fetoplacentario. Con respecto al PEG, se considera que la muerte fetal está multiplicada por 3.9, detectándose en nuestro hospital, dentro de las muertes fetales, un 38% de PEG.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
- Implantar nuevo protocolo de diagnóstico y manejo de fetos CIR.
- Aumento de las tasas de detección de fetos PEG y CIR.
Población diana:
- Gestantes que acuden para control de su embarazo a las consultas de Ecografía Obstétrica de nuestro centro. (HUMS), de la cuales estimamos serán diagnosticadas un 7-8% de PEG/CIR y aplicadas el presente proyecto.
Servicios a los que se dirige el proyecto:
- Servicios implicados en el diagnóstico y manejo de fetos PEG/CIR (Obstetricia, Pediatría, Genética, Microbiología).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

MÉTODO
- Consenso con el resto de los servicios implicados en el nuevo protocolo.
- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar de nuevo protocolo.
- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler).
- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6.
- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo.

INDICADORES
- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA.
- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%.
- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%.
- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo.
- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%.
- Tasa de ECO contingente menor del 5%.

DURACIÓN
- Implantación protocolo CIR en Mayo 2018.
- Reunión informativa con Tocólogos de ambulatorio de área en Junio 2018.
- Puesta en marcha protocolo de Calidad en Julio 2018.
- Estimación provisional indicadores de calidad del proyecto en Enero 2019.
- Finalización protocolo de calidad en Julio 2019.

OBSERVACIONES
No existe disponibilidad de ecógrafo en las consultas de Tocología de los ambulatorios del Área II y V de Zaragoza. Se trata de un recurso de gran utilidad para el obstetra de área con funciones específicas muy relevantes en la mejora de la calidad asistencial como son la datación de la edad gestacional previa a la ecografía de la semana 12, la detección de latido cardiaco fetal sin posibilidad de confusión con pulsos maternos, el diagnóstico de la posición fetal, la valoración de líquido amniótico y placenta y, sobre todo, la detección de fetos con retraso de crecimiento (con una sensibilidad y especificidad mucho mayor que la medición de la altura del fondo uterino). No solo en nuestra comunidad se dispone de ecógrafo en la mayoría de las consultas de control prenatal de bajo riesgo, si no lo es en todas, (Área III dependiente del Hospital Clínico, Hospitales Comarcales de Barbastro, Huesca, Calatayud, Alcañiz y Teruel) así como en prácticamente todo el territorio de salud pública nacional. Se da incluso la circunstancia paradójica de centros de salud con disponibilidad de ecógrafo por el médico de primaria y la matrona que solicitan consulta al especialista en obstetricia del ambulatorio por una duda diagnóstica ecográfica que éste no puede resolver sino derivando al hospital de referencia, en este caso el Hospital Miguel Servet. Dicho todo esto, la dotación de ecógrafos en las consultas de Tocología del Área II y V no es un recurso que se solicita a través de este proyecto de mejora de calidad pero que actualizaría e implementaría notablemente la calidad asistencial e indudablemente contribuiría a una mayor tasa de detección de fetos con retraso de crecimiento intrauterino.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ BALLANO ISABEL
ANDRES OROS PILAR
MARTINEZ SUÑER SILVIA
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
LASIERRA BEAMONTE ANA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
CASTAN MATEO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Constitución de Grupo de Trabajo de Puerperio hospitalario multidisciplinar, formado por representantes de enfermería de planta de puerperio hospitalario, matronas, pediatras y obstetras. En ocasiones se ha contado con la colaboración de representantes de servicio de Anestesia de HMI, personal de enfermería de quirófano de Urgencias HMI y enfermería de Neonatal.

- Revisión de la evidencia del tema y de protocolos y vías clínicas de otros centros hospitalarios de similar volumen y complejidad obstétrica.

- Diseño y redacción de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

- Elaboración de documento para Historia Clínica para sistematizar recogida de datos de la paciente mediante sistema “checklist”. Preparación de hoja de Evolución clínica para parto vaginal y cesárea. Documento para recogida de datos en Historia Clínica de lactancia.

- Sesiones para presentación del documento al personal sanitario implicado:
- Sesión para facultativos del servicio de Obstetricia y médicos internos residentes (Dra. González Ballano).
- Sesión para matronas y personal de enfermería implicados.

- Implementación del protocolo en junio de 2018, antes de lo previsto en el cronograma.

- Primera evaluación de cumplimiento y satisfacción del personal implicado en el protocolo en el citado Grupo de puerperio.
Evaluación de 40 historias clínicas para monitorización de cumplimiento del protocolo en enero 2018 (dra, Rodríguez Solanilla).
En el cronograma se estableció una revisión en abril de 2019.

- Inicio de protocolos en relación con el puerperio hospitalario que mejorarán la calidad de nuestra asistencia e implican a otros servicios:
- Protocolo de atonía vesical postparto: en colaboración con servicio de Urología.
- Protocolo de anemia postparto: en colaboración con el servicio de Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Disminución de variabilidad en la práctica clínica en las pacientes ingresadas en planta de puerperio hospitalario tras parto vaginal/ cesárea.

- Mejora de seguridad del paciente al definir actuaciones y funciones del personal.

- Evitar solapamiento de funciones y duplicación de actuaciones del personal sanitario implicado en la asistencia de estas pacientes (personal de enfermería de planta, matronas y obstetras).
Se han coordinado y definido las actividades a realizar por cada uno de ellos en relación a la asistencia de la mujer.

- Mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.

- Satisfacción por elaboración de hoja de Evolución clínica predefinida modo checklist que simplifica y da homogeneidad a la recogida de datos de la paciente.

- Aumentar sentimiento de trabajo en equipo. Por la apuesta de trabajo desde grupo multidisciplinar e inclusión en el texto del protocolo de las funciones de todos los profesionales implicados.

- Mejorar sentimiento de pertenencia y satisfacción del personal al ver reconocido y definido su trabajo en el protocolo.

- Avance en diseño de consulta para control de pacientes ambulatorias con puerperio patológico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Los indicadores definidos para monitorizar el proyecto son:
- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal. Objetivo > 90 %
- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea. Objetivo > 90 %

La primera monitorización se ha realizado en enero de 2018. Se han revisado 40 historias clínicas, 20 de puerperio tras parto vaginal y 30 de puerperio tras cesárea. El cumplimiento en ambos grupos ha sido del 100%. Realizaremos una segunda valoración en abril de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Necesidad de trabajar protocolos hospitalarios desde grupos multidisciplinares. Es fundamental para:
  - Facilitar realización.
  - Riqueza por integración de todos los puntos de vista.
  - Posibilitar implementación al evitar reticencias y sentimientos de “imposición”.

- Necesidad de sistematizar procesos hospitalarios:
  - Disminuir variabilidad de práctica clínica y mejorar seguridad del paciente.
  - Evitar solapamientos y duplicidad de actuaciones.

- En la actualidad se está dando forma a un protocolo con formato “Protocolo clínico en Sector Zaragoza II” para facilitar el acceso al mismo al profesional.

El proyecto es sostenible ya que no ha precisado cambios en la dotación del personal ni ningún recurso que suponga gasto económico alguno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1083 ========== ***

Nº de registro: 1083

Título
ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Autores:
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, GONZALEZ BALLANO ISABEL, ANDRES OROS PILAR, MARTINEZ SUÑER SILVIA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, LASIERRA BEAMONTE ANA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, CASTAN MATEO SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que suceden en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son “Parto vaginal sin complicaciones” y “Parto vaginal con complicaciones”. Por lo tanto, es imprescindible una correcta planificación y adecuada gestión de recursos.
Tras el parto, la mujer ingresa en la planta de puerperio, donde recibirá los cuidados del personal de enfermería y será valorada por la matrona y el facultativo especialista responsable.
La ausencia de un protocolo de asistencia o una vía clínica para este periodo justifica una cierta variabilidad en la práctica clínica y un “solapamiento” de funciones del personal sanitario.
Es fundamental coordinar las actividades a realizar entre los diferentes profesionales (enfermería, matronas, obstetras) y definir cuáles son las que debe realizar cada uno en relación a la asistencia de la mujer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Un protocolo de atención mejoraría la eficiencia de nuestra actuación y posibilitaría al personal destinar parte de su tiempo a otro tipo de funciones: charlas de información a las pacientes, revisión ambulatoria de puérperas…

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: todas las mujeres ingresadas en las plantas de puerperio del Hospital Universitario Miguel Servet tras parto vaginal o cesárea.
El objetivo del proyecto es sistematizar las actividades del proceso de puerperio en el marco de un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermera/matrona/ obstetra). De esta forma se apuesta por el trabajo en equipo, evitando acciones innecesarias y duplicidad de procedimientos, buscando una mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.
Al sistematizar las actuaciones trabajaremos en la mejora de seguridad de la paciente y el aumento de su satisfacción.

MÉTODO
* Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de enfermería, matronas, pediatras y obstetras.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

* Establecer colaboración con otros servicios: urología, hematología…

* Sesiones informativas para presentar el documento al personal sanitario implicado.

* Implementación de protocolo.

INDICADORES
- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal.
Objetivo > 90 %
- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea.
Objetivo > 90 %

DURACIÓN
Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. González Ballano.
- Abril 2018: formación del equipo multidisciplinar de trabajo.
- Abril-Junio 2018: revisión de la evidencia científica.
- Junio-Octubre 2018: diseño del protocolo de asistencia de puerperio.
- Octubre-Noviembre 2018: sesión para presentación del protocolo al personal implicado.
- Noviembre 2018: implementación del protocolo.
- Abril 2019: evaluación 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 - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA LOPEZ VALVERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL PRADO SANZ EDUARDO
MATEO OROBIA ANTONIO
IDIOPE CORTA MIRIAM
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
HERNANDEZ VIAN RUBEN
SORIANO PINA DIANA
SANCHEZ PEREZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de estudio hemos seleccionado a un grupo de 30 pacientes que presentaba cifras de astigmatismo entre -0,50 y -1,00 dioptrías y hemos aprovechado el acto quirúrgico de la catarata para realizar la incisión principal en el eje corneal más curvo para conseguir su aplanamiento y así reducir el estado refractivo final. Así mismo, a los pacientes que presentaban cifras de astigmatismo entre -1,00 y -1,50 dioptrías a parte de la medida anterior se les ha realizado una incisión enfrentada para conseguir un mayor efecto relajante en la curvatura corneal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado refractivo, aunque impredecible, ha mejorado significativamente en la mayoría de los pacientes. No se han observado ningún aumento de las complicaciones tras la cirugía de cataratas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones podemos afirmar que esta técnica, aunque poco predecible, es una buena oportunidad para mejorar el resultado refractivo final de la cirugía de catarata, sin añadir costes extras al acto quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/736 ========== ***

Nº de registro: 0736

Título
PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
LOPEZ VALVERDE GLORIA, DEL PRADO SANZ EDUARDO, MATEO OROBIA ANTONIO, IDOIPE CORTA MIRIAM, ALMENARA MICHELENA CRISTINA, HERNANDEZ VIAN RUBEN, SORIANO PINA DIANA, SANCHEZ PEREZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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
La catarata consiste en una pérdida progresiva de la transparencia del cristalino. Con la facoemulsificación se ha conseguido solucionar este problema, y mediante las mejoras en la implantación y desarrollo de las lentes intraoculares (IOLs), el objetivo es alcanzar la emetropía. Con la implantación de las IOLs monofocales, se consigue que el defecto esférico residual para visión lejana fuese el mínimo, sin embargo no corrigen los defectos refractivos cilíndricos ni la presbicia.
El astigmatismo es una ametropía por la que el sistema óptico de un ojo es incapaz de formar imágenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

puntuales de un punto objeto. En un sistema astigmático, la potencia es diferente según el meridiano que se considere, siendo los principales los de máxima y mínima curvatura. Puede clasificarse de diversas formas; atendiendo a su regularidad podemos diferenciar el astigmatismo regular e irregular. El astigmatismo regular es aquel en el que los distintos puntos de un mismo meridiano del sistema astigmático tienen el mismo poder refractivo. En el irregular los distintos puntos de un meridiano tienen diferente poder refractivo y los rayos refractados no presentan planos de simetría.
En pacientes que presentan astigmatismos corneales de escasa cuantía la realización de incisiones, simples o enfrentadas en el meridiano más curvo ha sido muy extendida por su facilidad, complicaciones escasas y no requerir instrumentación añadida a la cirugía de facoemulsificación convencional. En el caso de astigmatismos de mayor número de dioptrías, su corrección mediante el implante de lentes intraoculares tóricas resulta más predecible y menos traumática para la estructura ocular que los anteriormente citados.

RESULTADOS ESPERADOS
Comprobar la eficacia de la realización de incisiones relajantes corneales en la corrección del astigmatismo durante la cirugía de cataratas en el programa ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Acercarnos lo más posible a la emetropía post-quirúrgica sin añadir costes adicionales.
Mejorar la agudeza visual sin corrección de los pacientes al disminuir su defecto refractivo.

MÉTODO
A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la eficacia de las incisiones relajantes corneales durante la cirugía de catarata para alcanzar la emetropía. La realización de las incisiones dependerá del criterio del cirujano durante la cirugía de catarata y su seguimiento se realizará en las consultas post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
-Criterios de Inclusión
- Pacientes adultos entre 18 y 90 años
- Catarata de más 2 grados en LOCS
- Agudeza Visual (AV) = 0.4
- Astigmatismo Corneal entre 0.50 y 1.5 dioptrías

-Criterios de exclusión
- Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis…)
- Ejes curvos cuya situación resulte incómoda para el cirujano.
- 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.
En astigmatismos inferiores a 0.50 dioptrías, se realizará la incisión principal en el eje 0-180 º.
En astigmatismos entre 0,50 y 1,00 dioptrías la incisión principal se realizará en el eje corneal más curvo.
En aquellos astigmatismos entre 1,00 y 1,50 no sólo se realizará la incisión principal en el eje corneal más curvo sino que se añadirá una incisión enfrentada a la principal.
En casos de astigmatismos de más 1,50 dioptrías se procederá a la implantación de LIOs tóricas.

INDICADORES
a. Variación de las dioptrías cilíndricas en el Auto-refractómetro respecto al previo a la cirugía medida por el Auto querato-refractómetro KR8900 de Topcon.

b. Variación de las dioptrías cilíndricas en la refracción subjetiva respecto a la previa a la cirugía comprobadas en las consultas pre y post-operatoria.

c. Máxima agudeza visual (AV) sin corrección y con corrección pre y post-cirugía. La AV se toma mediante optotipos Snellen a 6 metros de distancia. Se relacionará si las mejores AV sin corrección se asocian a menor refracción cilíndrica residual.

d. Variaciones en la queratometría y ejes astigmáticos de las topografías de los pacientes a estudio realizadas con Pentacam pre y post quirúrgicas.
Se analizarán mediante pruebas t-Student a través del programa estadístico SPSS 21 considerándose estadísticamente

DURACIÓN
Octubre de 2018 hasta 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 .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO BLASCO MARTINEZ
· Profesión ..... OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA BOROBIA JUAN
SORIANO PINA DIANA
FUERTES BERNAL JUAN LUIS
DEL PRADO SANZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se instalaron un total de 5 televisiones independientes en el servicio de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y 3 televisiones en oftalmología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
Se conectaron a dichas televisiones todo el aparataje de exploración especializado duplicando y/o extendiendo la pantalla del software de cada aparato, haciendo posible que se reproduzca en la televisión lo mismo que el operador ve al realizar la prueba.
Se elaboró una presentación de diapositivas con instrucciones pre y post operatorias para la cirugía de cataratas en la televisión de la sala de espera del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Se instaló la plataforma Spontania y el software libre Blizz (TeamViewer) en los ordenadores de las salas de reuniones de ambos centros y en ordenadores independientes de consultas o salas de reuniones de los centros Hospital Royo Villanova, Hospital Infantil, CME Ramón y Cajal y CME Grande Covián de Zaragoza.
Se hicieron pruebas y mejoras de errores para compartir pantalla, envío de vídeo, audio, chat y compartición de aplicaciones como PowerPoint.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La mayoría de los aparatos especializados en la exploración oftalmológica del paciente pudieron ser conectados a su televisión correspondiente, por lo que mejoró notablemente la información al paciente y la docencia a los estudiantes de la Universidad de Zaragoza.

La presentación ofrecida en la sala de espera mejoró notablemente la satisfacción e información previa de los pacientes en el resultado final de su cirugía de cataratas.

Salvo incidencias muy puntuales, la conectividad de todos los aparatos fue un éxito en nuestra práctica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conectividad telemática hace posible la visualización y participación de personal sanitario que no puede estar físicamente en el centro donde se imparte la reunión, incluso desde su teléfono móvil, haciéndola indudablemente útil para la comunicación entre diferentes centros.

La conexión del aparataje a televisiones independientes cercanas a los pacientes y alumnos es un buen método para mejorar la satisfacción e información de ambos grupos.

Recomendable designar a un encargado en el centro capaz de poner operativos los aparatos y sus conexiones, además de contactar con el responsable de este proyecto en caso de incidencias.

Este método es extrapolable a cualquier centro que disponga de un PC.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/878 ========== ***

Nº de registro: 0878

Título
CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Autores:
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, PINILLA BOROBIA JUAN, SORIANO PINA DIANA, FUENTES BERNAL JUAN LUIS, DEL PRADO SANZ EDUARDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: asistencia, docencia e investigación

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

PROBLEMA
La unidad de Alta Resolución en Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA), del H NTRA SRA Gracia, integra asistencia clínica pre y postoperatoria, docencia universitaria de los grados en medicina y optometría e investigación.
Para llevar a cabo todas estas actividades, se dispone de material de exploración especializado como el Keratograph 5M, OQAS II, Aberrómetro, topógrafo, biomicroscopios, OCT y biómetro.
Sin embargo, todos estos aparatos son de uso de un solo operador, por lo que para el ejercicio de la docencia, investigación y educación/información al paciente es difícil transmitir información con buena calidad. Otros aparatos exploratorios, como la OCT, sólo pueden ser seguidos por el operador, impidiendo una adecuada explicación, ya sea docente para los grupos de alumnos o inteligible para el paciente.
Es necesario un sistema de divulgación del conocimiento que se obtiene en la realización de las pruebas a tiempo real e in situ, tanto para informar al paciente de los resultados de sus pruebas como para mejorar la calidad docente de los alumnos de medicina y óptica

RESULTADOS ESPERADOS
La mayoría de los equipos anteriormente descritos disponen de una conexión a ordenador y/o HDMI para otras pantallas. El objetivo es conectar todos los aparatos a pantallas de visualización, (monitores, televisiones, etc.). También instalar y conectar una cámara acoplada al biomicroscopio.
El fin de estos nuevos materiales y conexiones es visualizar para toda la sala lo mismo que ve el operador al realizar la prueba y el resultado final, mejorando la asistencia, la docencia e investigación, por lo que la población diana sería tanto los alumnos como los pacientes a la hora de informarles.
Para ello, es necesaria la formación de nuestro personal del servicio para la utilización de estas nuevas tecnologías

MÉTODO
Se dispondrá de televisiones independientes colocadas en las consultas.
Se conectarán los aparatos a dichas televisiones mediante cables HDMI. Las conexiones que se quieren realizar se detallan a continuación:
Sala de reuniones: el ordenador irá conectado mediante un cable HDMI de 1m a la roseta de la pared, la cual lleva la señal a las dos televisiones de pared. Puesto muy útil para la realización de conferencias, reuniones, docencia e investigación.
Sala de iluminación 2: se instalará una cámara acoplada al biomicroscopio y se conectará a un ordenador. Éste ordenador se conectará a su vez a la televisión de su consulta a través de la conexión en la pared, mediante un cable HDMI de 4m. Puesto muy útil para docencia, investigación e información al paciente.
Sala de tecnologías: el ordenador necesario para guardar los datos del aberrómetro se conectará mediante un cable HDMI de 2m a la roseta de la pared y ésta a la televisión de esta consulta.
Sala de exploraciones: el ordenador necesario para manejar el OCT irá conectado a la roseta de la pared mediante un cable HDMI de 5m y ésta a la televisión de la pared.
Sala de espera: se elaborará una presentación en diapositivas con información útil para el paciente en cuanto a instrucciones preoperatorias y postoperatorias en la cirugía de cataratas, números y lugares de interés, etc. Dichas diapositivas se presentarán mediante un dispositivo USB conectado a la televisión.
Se formará al personal de oftalmología (médicos, enfermería, auxiliares y optometristas) para la utilización de estas conexiones y garantizar su funcionamiento correcto a diario

INDICADORES
La conectividad exitosa de cada aparato u ordenador a su televisión o monitor correspondiente será un indicativo de éxito. Se realizarán pruebas a diario con los aparatos comprobando que se puede visualizar a tiempo real lo mismo que el operador ve.
Todas las mañanas un miembro del personal se encargará de enchufar todos los aparatos. En el último turno de tarde, otro miembro del personal se encargará de apagarlos todos.
Si hay alguna incidencia se encargarán de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema

DURACIÓN
Fecha inicio: enero del 2019, Fecha finalización: abril del 2019
Instalación de televisiones y evaluación de su funcionamiento: enero 2019. Responsable: Juan Luis Fuentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Instalación de cámara acoplada a biomicroscopio: enero 2019. Responsable: Diana Soriano
Conexión de aparataje a su televisión correspondiente: febrero 2019. Responsable: Juan Pinilla
Mejora de la estética de los cables utilizados mediante el uso de embellecedores anclados al rodapié: marzo 2019. Responsable: Eduardo Del Prado
Elaboración de diapositivas informativas para sala de espera: marzo 2019. Responsable: Alejandro Blasco
Prueba y solución de errores. Formación del personal: abril 2019. Responsables: Juan Pinilla y Alejandro Blasco
La formación se impartirá de 8:15h a 8:45h y de 15:15h a 15:45h durante todo el mes de abril

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE ..... IÑAKI ALVAREZ BUSTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAL CORTES ANGEL
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
MARQUEZ MEDINA DIEGO
POLO MARQUES EDUARDO
COMIN ORCE ANA
NUÑO ALVES ANA
ANTON TORRES ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión base de datos programa prescripción tratamientos oncológicos endovenosos (HOSPIWIN) año 2017.
Análisis cumplimiento tratamiento previsto: incidencias, toxicidad y reducciones de dosis. (en curso)
Revisión bibliográfica y establecimiento relaciones con el Servicio de Geriatria de nuestro Hospital (recientemente implementado), para valorar la selección de test de valoración oncológica más apropiado y establecer las vías de derivación para una valoración por Geriatria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cuantificación del número de pacientes asistidos en Hospital de día oncológico según franjas de edad:
>70 años: 669 pacientes
>75 años: 377 pacientes
>80 años: 159 pacientes.
Revisión bibliografia y test valoración geriátrica.
Análisis necesidades recursos humanos y estructurales para poder desarrollar esta nueva acción con garantías.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha seleccionado la edad >75 años como corte para incluir en valoración geriátrica y atención en consulta de Oncogeriatría.
El número de pacientes > 75 años es de 377 durante 2017. Considerando que al menos debería realizarse una consuta cada 3-4 semanas, y que el tiempo necesario de una primera visita sería 60 minutos y una revisión 25 minutos, implicaría disponer de 4 consultas semanales dedicadas a estos pacientes.
La implicación de enfermería es crucial para sacar adelante el proyecto.
Dada la gran presión asistencial y la falta de despachos en Hospital de Dia, es imprescindible dotar de personal de enfermería (1 enfermera y una auxiliar de enfermería) y espacios adecuados (2 despachos contiguos) antes de comenzar la actividad. Como alternativa a la falta de espacio, proponemos habilitar consultas en jornada de tardes hasta que se solucione el problema.
La revisión bibliográfica y selección test de valoración geriátrica ya esta realizada y refuerza la necesidad de implementar cuanto antes esta nueva actividad.
Se valorará en su momento la necesidad de contratar (1/2 jornada) un oncólogo que de apoyo a todas las actividades previstas.

7. OBSERVACIONES.
Guallart Calvo Reyes que era supervisora de enfermería del Hospital de Dia de Oncología ha sido trasladada en el último concurso y ha abandonado el proyecto. No ha sido nombrada su sustituta hasta hace unos días, por lo que se ha retrasado la formación geriátrica a enfermería.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1429 ========== ***

Nº de registro: 1429

Título
IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, ARTAL CORTES ANGEL, ALVAREZ IÑAKI, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, MARQUEZ MEDINA DIEGO, COMIN ORCE ANA, NUÑO ALVES ANA, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Adaptar los tratamientos oncológicos a la vulnerabilidad de los pacientes según la edad
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes oncológicos cada vez son más añosos. Una de las principales causas del incremento de la incidencia del cáncer es el envejecimiento. Aragón tiene una de las mayores esperanzas de vida al nacer del Estado Español. Los tratamientos oncológicos, sobre todo la quimioterapia, aumento sus efectos adversos conforme se incrementa la edad. Muchas funciones vitales, están deterioradas por el propio envejecimiento, como es el caso de la función renal, donde la edad es un componente crítico a la hora de calcular el aclaramiento renal. Esta situación, hace que tengamos que ser muy cuidadosos a la hora de seleccionar que pacientes se pueden beneficiar de recibir un tratamiento con quimioterapia.
Actualmente hay publicaciones en las que se demuestra la utilidad de realizar una valoración geriátrica mínima, para seleccionar estos pacientes y poder prever los posibles beneficios / riesgos de los diferentes tratamientos oncológicos

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar de forma retrospectiva el impacto de la edad en el beneficio / riesgo de los tratamientos oncológicos, haciendo hincapié en la quimioterapia. Revisaremos el número de tratamientos realizados según diferentes edades: > 70 años; >75 años y >80 años, con la intención de analizar la importancia del tema. Para ello, usaremos la base de datos del programa de prescripción de quimioterapia intravenosa (Hospiwin) y revisaremos los datos de prescripción de fármacos orales (Pacientes externos) del Servicio de Farmacia.
Revisar la literatura mas reciente al respecto y seleccionar los test más adecuados para detectar los niveles de riesgo.
Por último, implementar dichos test en la población anciana seleccionada, para determinar prospectivamente el riesgo de complicaciones y tomar decisiones respecto a la utilidad de los tratamientos oncológicos.

MÉTODO
Valoración geriátrica mínima en todos los pacientes mayores de 75 años que sean vistos por el Servicio de Oncología y vayan a recibir tratamiento con quimioterapia.
Revisión bases de datos prescripción quimioterapia del Servicio de Oncología Médica, de los 2-3 últimos años (2014-2016) para valorar el impacto de la edad en oncología.
Revisar la bibliografía más reciente para seleccionar los test más adecuados para ayudarnos en la proyección del riesgo / beneficio del tratamiento oncológico en estos pacientes.
Establecer una consulta específica de Oncogeriatria, en la que se atenderían los pacientes oncológicos >75 años y en la que se realizaría la evaluación geriátrica minima, para la toma de decisiones. Esta consulta necesitaría el apoyo de personal de enfermería entrenado para realizar los test.

INDICADORES
Numero de pacientes >75 años vistos en la consulta de Oncogeriatría / Nº pacientes >75 años totales vistos en Oncología. El primer año, estableceríamos el 50% como objetivo, que debería ser del 75% en el 2º año.

DURACIÓN
Análisis retrospectivo (3 meses): Irene Torres, Ana Comín, Pilar Felices y Ana Nuño, liderados por Ángel Artal y Antonio Antón.
Revisión bibliográfica y selección test (3 meses): Iñaki Álvarez, Diego Márquez, Eugenia Ortega, Eduardo Polo, Ángel Artal y Antonio Antón.
Formación enfermería en geriatría (1 mes)
Fase prospectiva: Ultimo trimestre 2017. Incorporación enfermera con formación en geriatría y puesta en marcha consulta Oncogeriatria: Dres. Iñaki Álvarez y Eugenia Ortega

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ANTON TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TRUFERO JAVIER
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
LANZUELA VALERO MANUELA
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión conjunta con el Servicio de Oncología Radioterapica para analizar la situación actual en nuestro centro y valorar oportunidades de mejora.
Visita conjunta (Oncología Medica y Radioterápica) al ICO Bellvitge (Barcelona) para conocer el funcionamiento y experiencia de la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello de ese centro.
Redacción propuesta funcionamiento "Consulta conjunta primeros días" de los Servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterapica.
Redacción propuesta "seguimiento pacientes con tumores de cabeza y cuello", para revisar de forma secuencial a los pacientes que han finalizado el tratamiento y evitar duplicidades y excesivo número de visitas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Visita a la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello del ICO Bellvitge.
Redacción proyecto.
Análisis para desarrollar los cambios pertinentes para poder unificar la consulta de primeros días y seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora a realizado el análisis y propuesta de la Unidad de tumores de cabeza y cuello conjunta interservicios (Oncología Médica y Radioterápica)
La Dra. Manuela Lanzuela ha abandonado el proyecto, al ser nombrada Subdirectora Médica de nuestro Hospital.
Los ajustes internos del Servicio de Oncología Radioterapica han provocado retrasos y desajustes en la ejecución de la propuesta.
Dudas y dificultades para modificar las agendas actuales de los dos servicios implicados y encontrar un día a la semana donde poder coincidir las consultas y continuar con el desarrollo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Esperamos poder superar todos estos inconvenientes e intentar la puesta en marcha de la consulta única de primeros días a lo largo de estos próximos meses.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1430 ========== ***

Nº de registro: 1430

Título
UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN, MARTINEZ TRUFERO JAVIER, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Pacientes con tumores de cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

PROBLEMA
Los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello, representan un número importante en la actividad asistencial de ambos Servicios (Oncología Médica y Radioterápica). Un numero cada vez mayor, requieren ser tratados con quimioterapia y radioterapia de forma concomitante o secuencial.
Cuando estos pacientes son derivados desde los Servicios quirúrgicos: ORL y Cirugía Maxilofacial, tras ser comentados en el Comité de Tumores, conlleva realizar 2 citaciones de primer día, una en Oncología Médica y otra en Oncología Radioterápica.
En muchas ocasiones, cuando es visto en un servicio, todavía no ha sido visto en el otro, lo que conlleva grandes dificultades organizativas y de coordinación, pudiendo incluso llegar a "extraviarse" algún paciente.
Igualmente, una vez finalizados los diferentes tratamientos, el seguimiento de estos pacientes es realizado en los dos Servicios, además de en los Servicios quirúrgicos correspondientes. Esta situación, en ocasiones duplica exploraciones y visitas.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer una Unidad Funcional Oncológica de Tumores de Cabeza y Cuello, en la que estos pacientes serían vistos de primer día de forma conjunta por las dos especialidades, evitando discrepancias y descoordinación en el planteamiento terapéutico. Se evitaría duplicar las visitas a estos pacientes (solo un primer día y no dos) y se intentaría coordinar el inicio del tratamiento. Así mismo, y en dependencia de las dificultades para comenzar el tratamiento RT (listas de espera), indicaríamos la posibilidad de comenzar con quimioterapia de inducción, previa a la RT, dependiendo de la situación y urgencia de cada una de las situaciones.
Posteriormente, plantearemos continuar con un seguimiento (revisiones) coordinado (alternante) para evitar duplicaciones de visitas y exploraciones y si se diera la oportunidad, que fuese en un área común y con agendas unificadas.

MÉTODO
Creación agenda única para visitar a este tipo de pacientes, en el que habría espacio para 1as visitas y para seguimiento.
Uso de 2 despachos contiguos en consultas externas: uno de ellos perteneciente a oncología médica y el otro a oncología radioterápica.
Designar "responsable" cuya función será citar las 1as visitas, revisar el correcto funcionamiento de la Unidad, realizar la memoria anual y reunirse con los responsables de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica para mantenerles informados de la actividad y posibles necesidades.
Creación Unidad Funcional de Oncología Médica y Oncología Radioterápica para atender a este tipo de pacientes (Pacientes oncológicos diagnosticados de tumores de cabeza y cuello) de forma unificada y coordinada, tanto para los primeros días, como para el seguimiento.

INDICADORES
Numero 1as visitas de tumores de cabeza y cuello en la Unidad Funcional / Numero de 1as visitas de cabeza y cuello vistos en cada servicio.

DURACIÓN
Planteamiento consulta conjunta previa visita al ICO para valorar su programa de Unidades Funcionales (Tumores de Cabeza y Cuello – TCC) a finales del mes de junio 2017.
Selección ubicación ambos despachos, donde se llevará a cabo las visitas.
Formación personal auxiliar en la dinámica de la consulta.
Creación agenda única unidad funcional TCC (septiembre 2017)
Carta informativa a los diferentes Servicios del Hospital, informándoles de la creación de esta Unidad Funcional y del inicio de su actividad a partir del 1 de octubre 2017.

OBSERVACIONES
Los despachos y auxiliares de enfermería ya existen en cada Servicio. Hay que realizar los ajustes necesarios para que coincidan en el tiempo ambas consultas.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0796

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONESPOSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
PEREZ DELGADO LAURA
TERRE FALCON RAMON
URPEGUI GARCIA ANGEL
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este período y tras realizar varias reuniones entre todos los componentes del proyecto, hemos actualizado todos los informes de alta que corresponden a nuestra sección. La actualización ha supuesto la elaboración de nuevos informes no existentes hasta este momento. Así mismo hemos añadido a dichos informes una serie de recomendaciones postoperatorias específicas en cada proceso quirúrgico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como consecuencia de este trabajo, de tener 4 informes de alta sobre la patología de nuestra sección, hemos pasado a disponer de 13, 9 de ellos completamente nuevos. Esto nos permite elegir más apropiadamente el informe, centrándonos con mayor precisión en la descripción quirúrgica y en el tratamiento a seguir. Como decía anteriormente, hemos incluído al final del mismo una serie de recomendaciones postoperatorias que no constaban en los antiguos informes de alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este trabajo tenemos mejor cubiertas las necesidades en cuanto a disponer de unos informes de alta más específicos y concretos, que se adaptan perfectamente a lo realizado en la cirugía. Los informes anteriores eran muy genéricos y quedaban cortos en cuanto a la clarificación de la patología y del tratamiento elegido, elemento esencial sobre todo si es leído por algún profesional ajeno a nuestro grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/796 ========== ***

Nº de registro: 0796

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, PEREZ DELGADO LAURA, TERRE FALCON RAMON, URPEGUI GARCIA ANGEL, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología relacionada con fosas nasales, senos paranasales, rinofaringe, hipófisis y base de cráneo.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por la incorporación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0796

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONESPOSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios y dado que tienen más de diez años de antigüedad.
Así mismo se pretende redactar nuevas pautas de recomendaciones al alta, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados.
Con el avance en las técnicas endoscópicas y rinoplásticas se requiere la descripción de nuevos procedimientos, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Rinología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Rinología de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presntados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.

Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los documments

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0811

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE SEVIL NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MIGUEL GARCIA FELIX
EL UAILI ABEIDA MAHFOUD
ADIEGO LEZA ISABEL
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión inicial para determinar tareas personales, el calendario a seguir, busqueda bibliográfica.
Reuniones de evaluación y control con exposición del trabajo realizado por cada miembro.
Reunión final para determinar resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han revisado todas las plantillas de informes de alta correspondientes a procesos relacionados con la Sección.(100%)
Se han actualizado todas.
Se han creado tres nuevas plantillas:
-Protesis fonatoria
-Cierre de traqueostoma
-Cirugia del faringostoma
Se han revisado las hojas de información de cuidados per y postoperatorios que se dan a los pacientes. (100%). No ha sido precisa su actualización

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas han ido dirigidas a mejorar la información al paciente de forma que se creen protocolos de tratamiento que eviten la variabilidad mejorando la Seguridad del paciente y la Calidad Asistencial del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/811 ========== ***

Nº de registro: 0811

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Autores:
SEVIL NAVARRO JORGE, DE MIGUEL GARCIA FELIX, EL UALI ABEIDA MAHFOUD, ADIEGO LEZA ISABEL, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología congénita, infecciosa, funcional o tumoral que afecte a Vías Aerodigestivas superiores
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0811

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS

La introducción de nuevas técnicas diagnósticas y quirúrgicas en nuestro medio, hacen necesario la revisión de las plantillas de alta existentes en nuestra sección, asi como de las hojas informativas de cuidados postoperatorios del paciente intervenido.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la Calidad Asistencial.
Mejora de la Información del paciente.
Mejora en la Creación de Protocolos de Tratamiento
Mejora en la Seguridad del Paciente.
Disminución de la Variabilidad en el Seguimiento postquirúrgico.

MÉTODO
1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, busqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar.
2- Reuniones mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados.
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

INDICADORES
Número de informe de alta actualizados y rediseñados
Número de documentos de información al paciente creados.
Porcentaje de altas actualizadas de la Sección de Cabeza y Cuello

Se considerará alcanzao el objetivo si:
Plantillas de Alta evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)
Hojas de Información evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)

DURACIÓN
1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, busqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar. (junio 2018)
2- Reuniones quincenales/mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados. (octubre 2018)
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente. (octubre-noviembre 2018)

OBSERVACIONES
Nos pondremos en contacto con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO LEZA ISABEL
EL UAILI ABEIDA MAHFOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Realización de una ficha de recogida de datos. donde consta la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
-Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tiempos del circuito de los pacientes
Hemos analizado 30 pacientes, del Servicio de ORL, con cáncer de cabeza y cuello que se han presentado en el Comité te Tumores de Cabeza y cuello (CTCC). Examinamos el tiempo que transcurre para el diagnóstico y el inicio del tratamiento (o tratamientos) de estos pacientes. Definimos, a continuación, los diferentes periodos del circuito de los pacientes desde que son enviados a nuestro servicio y los días de cada periodo.

Tiempo prediagnóstico. (TPD)
Desde que el paciente es enviado del C.M.E, u otro centro, hasta la primera consulta en el hospital.
Rango de 1 a 24 días
Media de 6.5 días

Tiempo de realización de la micro- biopsia (TºMicro-B)
Desde la primera consulta al día que se toma la bopsia
Rango de 0 a 33 días
Media de 14.4 días

Tiempo de Diagnóstico (T Dtco.)
Desde La 1ª Visita ORL hasta tener el Informe A-P y las pruebas complementarias
Rango de 3 a 48 días
Media 19.4 días

Tiempo de TC. (TTC).
Desde que se solicita el TC (1ª Visita) hasta que se realiza.
Rango de 0 a 29 días
Rango 5,5 días

Tiempo del estudio AP (TºAP)
Desde la toma de biopsia hasta el día que se informa por el patólogo.
Rango de 2 a 28 días
Media de 7,7 días

Tiempo de presentación en el CTCC (Tº.CTCC)
Desde el día que se informa la AP al que se presenta en el CTCC.
Rango de 3 a 28 días
Media 7.5 días

Tiempo de consulta de anestesia (TA).
Rango de 2 a 25 días
Media 13.4 días

Tiempo de Tratamiento

Tiempo de Cirugía.
Desde que se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y se indica la cirugía, hasta que se realiza la cirugía.
Rango de 5 a 30 días
Media 16 días

Tiempo del comienzo de la quimioterapia (Tº TQT)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Desde que se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y se indica la quimioterapia, hasta que inicia el tratamiento con quimioterapia.
Rango de 6 a 30.
Media 14.2 días

Tiempo Radioterapia (T RTX).

El tiempo para la simulación, desde que el paciente se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, varía en un rango de 6 a 120 días y una media de 30.8 días. Pero el tiempo real para iniciar el tratamiento con radioterapia postoperatoria desde el día de la intervención quirúrgica varía en un rango de 62 a 110 días y una media de 82.6 días
Es necesario descomponer el tiempo de radioterapia en otros tiempos para entender el retraso en el tratamiento en los pacientes que se ha indicado:

Hemos examinado los pacientes que precisan radioterapia tras la cirugía. Para ello hemos valorado una muestra, de estos dos últimos meses de 2018, de 5 pacientes elegidos al azar.

Hay que tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el día de la intervención, el tiempo de estudio de Anatomía patológica que, a su vez, justifica el tiempo que transcurre hasta el día día de la presentación en el Comité de tumores de Cabeza y Cuello (Tº de CTCC: CON UN RANGO DE 26 A 60 Y UNA MEDIA DE 35.2 DIAS) que es el día que se indica la Radioterapia. El Paciente es citado varios días después en la consulta de radioterapia (Tº de Consulta. RANGO DE 5-22 Y UNA MEDIA DE 9,6 DIAS) y se indica una TC para la simulación que se realiza unos día más tarde(Tº Simulación: RANGO DE 1 -7 Y UNA MEDIA DE 5 DIAS), El Servicio de Física emplea unos días en definir los campos a radiar y las dosis en los mismos (Tº Física: RANGO DE 16-27 Y UNA MEDIA 22 DIAS). Por último, transcurren unos días hasta el inicio real del tratamiento (Tº inicio: RANGO DE 4-35 Y MEDIA DE 20.6 DIAS).
Sumados todos estos tiempos obtenemos el tiempo real de para recibir radioterapia postquirúrgica, que la mayoría de las guías recomiendan que sea de aproximadamente un mes. En nuestro caso, en la muestra realizada, la media de este tiempo es de 82.6 días con un rango de 62 a 110 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los tiempos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico o con quimioterapia de los pacientes son aceptables.
- Son mejorables los tiempos que tarda el Servicio de Anestesia para valorar el preoperatorio y el estudio antomopatológico de las piezas quirúrgicas o de las biopsias. Esto hace que se retrase el tratamiento quirúrgico.
- Es necesario acordar un sistenma de prioridad con los Servicios de Anestesia y Anatomía Patológica para intentar acortar estos tiempos en los pacientes oncológicos
- El tiempo que tardan los pacientes para recibir radioterapia, una vez indicada, excede de lo que recomiendan las ´guías clínicas.
- A través del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y en colaboración con el Servicio de Oncología Radioterapia, estamos implantando nuevas formas de envío y citación de los pacientes para disminuir el tiempo real de inicio de la Radioterapia.
-Pero es la presión asistencial, en relación a los medios de los que dispone el Servicio de Oncología Radioterapia, lo que justifica el tiempo de espera para recibir radioterapia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/887 ========== ***

Nº de registro: 0887

Título
REVISION DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
DE MIGUEL GARCIA FELIX, ADIEGO LEZA ISABEL, EL UALI ABEIDA MAHFUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cancer de Cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cáncer de Cabeza y Cuello requiere un tratamiento en el estado más precoz posible. Los pacientes diagnosticados y tratados en estadios tempranos en estadios tempranos tienen una supervivencia libre de enfermedad, a los 5 años, de un 90-95%, frente a un 40-50 % de los tumores más avanzados

Procede, por tanto, garantizar unos tiempos de:
- primeras consultas,
- diagnostico patológico,
- diagnóstico de extensión,
- tratamiento inicial y
- tratamiento complementario,

que no contribuyan a un avance de la enfermedad y empeoramiento del pronóstico de estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar el tiempo de primeras consultas: desde que el paciente es enviado por el ORL del CME, o consulta de MAP hasta que es visto en la consulta del Hospital. Este tiempo debe de ser inferior a 7 días
-Revisar el tiempo diagnóstico: desde que el paciente es visto el primer día, en la consulta del Hospital, hasta tener el diagnostico patológico de la biopsia y las pruebas de imagen (TC, PET-TAC, RM) que se hayan solicitado y se incluye el paciente en la lista de espera quirúrgica o se indica el tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Este tiempo debe ser inferior a 20 días
- Revisar el tiempo de tratamiento: Desde el día que se entra el paciente en el Comité de tumores indicando el tratamiento hasta el día que comienza el tratamiento. Este tiempo debe ser inferior a un mes.

MÉTODO
-Realización de una ficha de recogida de datos. donde conste la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
-Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos
-Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos y analizar sus causas, y proponer medidas orientadas a subsanar el retraso.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con cáncer de faringe y laringe que cumplen los tiempos del circuito.
-Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos

DURACIÓN
Divulgación entre los profesionales de la sección el plan asistencial durante el mes mayo 2018
Realización de la ficha de recogida de datos durante el mes de mayo de 2018.
Evaluación al final 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 - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS JOSE FRAILE RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE ARENAS EVA MARIA
LEACHE PUEYO JAIME
GIL PARAISO PEDRO
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 3 reuniones de la sección de ORL OTOLOGIA: en Mayo para presentar el proyecto y repartir los informes de Alta entre los miembros de la sección, la siguiente en Octubre para discutir los informes realizados y añadir los informes de Alta y la última en Noviembre para repasar los informes definitivos.
Los infomes de Alta se han realizado a partir de los ya existentes, actualizándolos a las patologías más frecuentes en nuestro medio (LA OTITIS MEDIA CRÓNICA) y completándolos con los detalles de las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios. Además, se han añadido 4 informes nuevos para al Alta tras la TUBOPLASTIA para canalización de la trompa de Eustaquio, para el Alta tras la colocación de pie de implante osteointegrado, para el alta por CRISIS DE VERTIGO y para el alta tras cirugía del vértigo en general.
También hemos añadido a cada informe de Alta posquirúrgico una hoja de recomendaciones para los pacientes (específica para cada intervención) con los cuidados domiciliarios y cómo actuar ante posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica. Esta hoja de recomendaciones no existía previamente y se ha realizado específicamente para este proyecto.
Nos encontramos pendientes de contactar con el Servicio de Informática para incluir los informes en el programa HP Doctor, pero se debe a que desde el Servicio de ORL se van a remitir todos los informes de las distintas secciones actualizados para añadirlos a la vez. A pesar de eso, los hemos implementado en nuestra práctica clínica manualmente, editando los informes y añadiendo las recomendaciones domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado los informes de Alta de balón tubárico, miringoplastia, timpanoplastia, Crisis vertiginosa, cirugía del vértigo, drenajes transtimpánicos, estapedectomía, implante osteointegrado e inespecífico de otología.
Los indicadores que se señalaron en el proyecto son:
- Número de informes de alta modificados: 8.
- Número de nuevos informes de alta diseñados: 4.
- Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados: 8.
- Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados: 9.

Se han actualizado el 100% de los informes de Alta. Esto va a facilitar la comunicación con lospacientes a la hora de explicar el Alta y, gracias a las recomendaciones al Alta, disminuir su ansiedad sobre el cuidado en casa. En muchas ocasiones les da miedo no recordar todos los detalles de los que se les explica con el informe de Alta y de esta manera están más claros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un proyecto sencillo y muy útil para la práctica clínica diaria ya que se utilizan todas las semanas. Ha quedado pendiente, como ya se ha mencionado, modificar los informes de Alta que salen en el HP Doctor con el servicio de Informática. Es un proyecto que sería interesante repetir en aprox 5 años para actualizar las técnicas quirúrgicas, la patología más frecuente y las recomendaciones al Alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/920 ========== ***

Nº de registro: 0920

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

FRAILE RODRIGO JESUS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, LEACHE PUEYO JAIME, GIL PARAISO PEDRO, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo con la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios ya que tienen más de una decada de antigüedad.
Así mismo se pretende redactar pautas de recomendaciones al alta por escrito, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados.
Con el avance de las técnicas quirúrgicas e incoporación de nuevas cirugías otológicas, se requiere la descripción de estos nuevos procedimientos, dato que es importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes y actualizar los existentes del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Otología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Otología de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión de todos los miembros de la sección para presentar los objetivos a conseguir con este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con el Servicio de Informática del hospital para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
- número de infomes de alta modificados
- número de nuevos informes de alta diseñados
- número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados
- porcentaje de informes de altas del Sección revisados y actualizados.

Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periódo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la Sección: 7 de junio: presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los miembros de la Sección.
Segunda reunión: últimos días de junio, pendiente de fijar fecha: consenso de las propuestas y discusión de resultados
Tercera reunión: mediados de octubre, pendiente de fijar fecha: discusión de resultados.
ültima reunión: últimos días de noviembre, pendiente de fijar fechas: discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los docmentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

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 - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0947

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO VICENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUALLAR LARPA MARIA
CARMEN SAMPERIZ LUIS
LLORENTE ARENAS EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 3 reuniones de la sección de ORL infantil: en Mayo para presentar el proyecto y repartir los informes de Alta entre los miembros de la sección, la siguiente en Octubre para discutir los informes realizados y añadir los informes de Alta de la URPA (Unidad de Reanimación Post Anestésica) y la última en Noviembre para repasar los informes definitivos.
Los infomes de Alta se han realizado a partir de los ya existentes, actualizándolos a las patologías más frecuentes en nuestro medio (el síndrome de apnea del sueño) y completándolos con los detalles de las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios. Además, se han añadido 2 informes nuevos para al Alta tras la realización de pruebas funcionales en la URPA como son la fibrolaringoscopia con sedación y los potenciales evocados tronculares con sedación. Estos pacientes no precisan ingreso y son Alta el mismo día de la realización de la prueba.
También hemos añadido a cada informe de Alta posquirúrgico una hoja de recomendaciones para los padres (específica para cada intervención) con los cuidados domiciliarios y cómo actuar ante posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica. Esta hoja de recomendaciones no existía previamente y se ha realizado, al igual que los informes de la URPA, específicamente para este proyecto.
Nos encontramos pendientes de contactar con el Servicio de Informática para incluir los informes en el programa HP Doctor, pero se debe a que desde el Servicio de ORL se van a remitir todos los informes de las distintas secciones actualizados para añadirlos a la vez. A pesar de eso, los hemos implementado en nuestra práctica clínica manualmente, editando los informes y añadiendo las recomendaciones domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado los informes de Alta de adenoidectomía, adenoamigdalectomía con drenajes transtimpánicos, adenoamigdalectomía, adenoidectomía con drenajes transtimpánicos, amigdalectomía, drenajes transtimpánicos, extracción de drenajes transtimpánicos y los informes de URPA de fibroscopia infantil y de hipoacusia infantil (Potenciales Evocados de Troncoencéfalo).
Los indicadores que se señalaron en el proyecto son:
- Número de informes de alta modificados: 7.
- Número de nuevos informes de alta diseñados: 2.
- Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados: 7.
- Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados: 9.

Se han actualizado el 100% de los informes de Alta.
Esto va a facilitar la comunicación con los padres a la hora de explicar el Alta del paciente y, gracias a las recomendaciones al Alta, disminuir su ansiedad sobre el cuidado de los niños en casa. En muchas ocasiones a los padres les da miedo no recordar todos los detalles de los que se les explica con el informe de Alta y de esta manera están más claros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un proyecto sencillo y muy útil para la práctica clínica diaria ya que se utilizan todas las semanas. Ha quedado pendiente, como ya se ha mencionado, modificar los informes de Alta que salen en el HP Doctor con el servicio de Informática. Es un proyecto que sería interesante repetir en aprox 5 años para actualizar las técnicas quirúrgicas, la patología más frecuente y las recomendaciones al Alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/947 ========== ***

Nº de registro: 0947

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0947

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

VICENTE GONZALEZ EUGENIO, GUALLAR LARPA MARIA, CARMEN SAMPERIZ LUIS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología del oído, nariz, faringe y laringe en pacientes pediátricos.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por el cambio en las indicaciones quirúrgicas de adenoamigdalectomía. Actualmente la principal indicación de la misma es la apnea obstructiva del sueño en niños.

Además, con el avance en las técnicas quirúrgicas y sobretodo en el manejo postoperatorio de estos pacientes, se requiere la descripción detallada de la situación preoperatoria del paciente, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.

El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de ORL infantil de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presntados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre
los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los docummentos.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
CURTO SIMON BEATRIZ
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Adaptación a la nueva norma ISO9001:2015 con la elaboración de los documentos de Gestión del Riesgo en la UCI de Neonatología, Matriz de Ánalisis del Entorno, Matriz de Riesgos con planes de prevención / contingencia y documento de Gestión de la Comunicación en la UCI de Neonatología.
- Actualización documental.
- Cierre y revisión de las No conformidades 2017.
- Cuadro de Indicadores 2017.
- Revisión Objetivos 2017.
- Programa Formación ISO UCI Neonatal año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adaptación a la norma 2015 con audioria interna satisfactoria en este aspecto (30 enero 2018, auditor jefe: Carlos Lapresta), pendiente auditoria interna (previsible en abril 2018, pendiente definir fecha).
- Certificación 2017 y en camino la certificación 2018 tras la adaptación a la norma.
- Cuadro de indicadores óptimo, plateando nuevas no conformidades / objetivos para 2018 en aquellos con desviación significativa.
- Revisión Objetivos 2018:
1) Altas UCIN neonatal antes de las 14 horas: Cumplimiento adecuado.
2) Infección nosocomial: Abierta no conformidad para replantear el objetivo y establecer nuevas estrategias para mejorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva de la implementación de la norma ISO9001 en la UCI de Neonatología, permitiendo detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas.
Cumplimiento significativo de indicadores / objetivos, aunque como se ha señalado la revisión de estos últimos nos ha permitido establecer la necesidad de avanzar en relación a la prevención de la infección nosocomial.

7. OBSERVACIONES.
En estos momentos está pendiente la revisión por la Dirección / Auditoria externa.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/230 ========== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

PROBLEMA
La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES
1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoria Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico / Consulto de Segumiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación / Consulta de Neonatología general
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Organización de la consulta por patologías.
- Evitar duplicidades.
- Disminuir el número de pacientes citados a la consulta lo que permite que se disponga de más tiempo para pacientes dentro de un programa de seguimiento complejo (recién nacidos de <1500 gr y/o <32 semanas de gestación)
- Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neoantología de tardes.
Los indicadores propuestos una vez puesto en marcha el proyecto se analizarán al año de su inicio (año natural 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Necesidad de facilitar al paciente y sus familias los controles ambulatorios evitando duplicidades.
Una mayor organización de la consulta permite disponer de un mayor tiempo para aquellos pacientes que así lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1768 ========== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.
La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciendola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.
Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.
Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO
- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES
Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.
En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:
- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN
Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.
Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.
Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR ABENIA USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Participación del Dr. Segundo Rite (Jefe de Sección de Nenoatología H. Miguel Servet) como responsable del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neonatología sobre "Criterios de Alta del Recién nacido".
- Elaboración de un protocolo interno de la Unidad de Neonatología sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas).
- Elaboración de Check list.
- Consenso con otras partes implicadas: Obstetricia, Supervisores enfermería área de hospitalización obstétrica, Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- Puesta en marcha del programa alta precoz (febrero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de documentos (Protocolo - Check list)
Acuerdo con otros servicios implicados
Puesta en marcha del programa en febrero 2018.
En la siguiente memoria de seguimiento se recogerán los indicadores referentes al primer año de puesta en marcha (2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalizaicón obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1769 ========== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La duración de la estancia del binomio madre – recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).
Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO
Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condicinones para facilitar un alta precoz neonatal.
Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).
Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES
2017: Elaboración de documentos.
2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Hisotrias clínicas):
- Indicador 1: Nº de historias en las que consta el Check list de alta prcoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 2: Nº de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.
- Indicador 3: Nº de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 4: Nº de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 – 48 horas del alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)
- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.
- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).
- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.
- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 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 - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
CURTO SIMON BEATRIZ
RITE GRACIA SEGUNDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Proyecto iniciado con documentación elaborada.
Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetrica - Matronas - Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
Conocimiento del material disponible en cada área de actualción.
Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
Los estándares para el seguimiento se valorararán tras un año de aplicación (Final 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1770 ========== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimiación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).
Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.
Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO
En un primer tiempo (2017) establecer:
- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.
En 2018 con el proceso elaborado:
- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES
- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).
- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).

Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN
2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.
2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA MADURGA REVILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPRESTA MOROS CARLOS
RESULTA LOPEZ ANTONIO
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
RODRIGUEZ-VIGIO ITURRATE CARMEN
GIL HERNANDEZ IRENE
FUERTES ARGÜES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde mayo de 2018, momento en que se inició el proyecto, se han comenzado las actividades de formación DE ENFERMERÍA para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos por parte de enfermería de Microbiología, impartiéndose 5 sesiones (2 en noviembre de 2018 y 3 en febrero de 2019).
Durante este periodo, se insiste además en la IMPORTANCIA DE LA ADECUADA RECOGIDA DE HEMOCULTIVO de sangre periférica y de catéter venoso central, de forma simultánea, y adecuadamente rotulado en TODA sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER, para optimizar dicha actividad entre el personal médico. Se colocan carteles recordatorios en la pared del control de la unidad. En este momento, durante los meses de febrero y marzo, se está analizando el cumplimiento de dicho indicador (dato que podrá ser presentado completo en la próxima memoria). De igual modo, se potencia la comunicación entre el servicio de UCIP y Microbiología, iniciándose dicha actividad telefónicamente cada día que hay algún caso a comentar, y mensualmente en las reuniones multidisciplinares. Dicha comunicación con el servicio de Microbiología incluye la información clínica transmitida en los volantes de solicitud de estudio microbiológico.
Se recuerda periódicamente la posibilidad y utilidad de estudio microbiológico rápido en orina ante sospecha de infección de dicho origen.
Así mismo, se difunde la importancia de los FROTIS EPIDEMIOLÓGICOS (nasal, faríngeo y rectal), y se comienza su recogida. Tras el análisis retrospectivo de dicha actividad en el año 2018, se constata un déficit en su cumplimento por lo que se insiste de nuevo en la importancia de su recogida y se colocan carteles recordatorios en la unidad con las indicaciones específicas para su recogida.
Los frotis epidemiológicos se han de recoger SIEMPRE en:
- TODOS los pacientes al INGRESO:
• procedentes de domicilio-urgencias: FROTIS RECTAL
• procedentes de otro hospital (>48 h): TRIPLE FROTIS: RECTAL, FARÍNGEO Y NASAL
- TODOS LOS MARTES: FROTIS RECTAL a todos los ingresados

En la reunión multidisciplinar celebrada en enero de 2019, se evalúan las actividades realizadas en los meses previos, y se elabora un documento para recordar y conseguir el cumplimiento de los objetivos del proyecto. De este modo se insiste en las actividades ya comentadas, y en las siguientes:
- Comunicación entre los servicios de UCIP y Microbiología para optimizar la antibioterapia, dejando constancia en la historia clínica de dicha comunicación.
- Adecuada cumplimentación de los volantes de solicitud de estudio microbiológico,
- Disponibilidad de estudio de gram en orina y antibiograma urgente, con el objetivo de ADELANTAR EN EL TIEMPO EL AJUSTE ÓPTIMO DE LA ANTIBIOTERAPIA:
• asegurar cobertura antibiótica de gérmenes resistentes
• precocidad en el desescalado de la antibioterapia

Indicaciones:
• sospecha de infección nosocomial sin foco/de origen urinario
• sepsis urinaria nosocomial/ comunitaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Formación de enfermería para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos:
Al total de 5 sesiones de formación en la recogida de hemocultivos, asistieron 3 diplomadas en enfermería del servicio de UCI Pediátrica, del total de 12 que constituyen la plantilla.
Para valorar la utilidad de dicha actividad, se han valorado los hemocultivos contaminados pre y post-intervención:
- preintervención: 10 hemocultivos contaminados (5 pacientes) /83 hemocultivos recogidos en 2018.
- postintervención: se valorará durante los meses de febrero y marzo

2. Recogida de frotis epidemiológicos:
Del total de pacientes ingresado en UCI Pediátrica, sólo en un 37% se realizó al menos un frotis rectal (FR), incluyendo también los triples frotis. En total, se realizaron 3 triples frotis, cifra baja que hay que mejorar.
Se ha realizado 1 FR por cada 22 días de ingreso en UCI Pediátrica. Teniendo en cuenta la estancia media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

5,51 días y que probablemente la mediana sea inferior a esta cifra, el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes. Por ello, lo ideal sería realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes).
Un 40% de los frotis rectales realizados tuvieron un resultado positivo, un 11% de los frotis rectales realizados encontraron un germen que requirió instauración de precauciones de contacto y de los FR positivos un 20% encontraron un germen de adquisición nosocomial.

3. Durante los meses de febrero y marzo, se está valorando la adecuada recogida de hemocultivos de sangre central y periférica en TODAS las historias de pacientes con sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER: en los 2 casos de sospecha de bacteriemia relacionada con catéter, se recogieron ambos hemocultivos de forma adecuada.

4. Los datos referidos a la comunicación con el Servicio de Microbiología, a la cumplimentación de los volantes, y al estudio microbiológico rápido de orina, se presentarán en conjunto en la próxima memoria, tras el análisis que se está realizando en febrero y marzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La asistencia del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a las sesiones formativas en la recogida de hemocultivos es fundamental para optimizar sus resultados y que éstos puedan ayudar al ajuste de la antibioterapia. Se valora cambiar el horario de próximas sesiones así como la posibilidad de ser impartidas dentro de la propia unidad, en intento de aumentar la asistencia.
Los frotis epidemiológicos al ingreso y su repetición semanalmente están plenamente justificados, pero es necesario mejorar su cumplimiento.
La recogida de hemocultivo central y periférico ante sospecha de bacteriemia relacionada con catéter es fundamental para su diagnóstico, es fundamental mantener su adecuado cumplimiento.
Para concienciar de la importancia de los indicadores establecidos en el proyecto, se han elaborado carteles de concienciación que se han colocado en las paredes de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1068 ========== ***

Nº de registro: 1068

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

Autores:
MADURGA REVILLA PAULA, GIL HERNANDEZ IRENE, FUERTES ARAGÜES ELENA, RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, LAPRESTA MOROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso en UCIP (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera “hora de oro” en la sepsis) es fundamental para conseguir un ttº efectivo y la curación del paciente. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial, que asegure la cobertura de la flora habitualmente implicada en cada foco y en cada paciente.
Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos hoy por hoy en las UCIP es el de las resistencias a antibióticos principalmente a Gram(-) que genera un aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar de forma precoz que el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

germen causante de la infección está adecuadamente cubierto por la ABterapia elegida de forma empírica; y por otro lado, permite desescalar la cobertura antibiótica, restringiendo espectro de forma adecuada, evitando así la generación de resistencias.

RESULTADOS ESPERADOS
- Principal:
• Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico crítico, desescalando y recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Secundarios:
• Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
• Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante, realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
• < la transmisión entre pacientes de gérmenes multirresistentes.

MÉTODO
- Multidisciplinar: elaboración de protocolos de diagnóstico y ttº de infecciones en la UCIP

- Sº Microbiología:
• Formación, por parte de enfermería de Microbiología a la enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas
• estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo en turno de mañana)
• antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra (sangre, LCR, que servirá como información preliminar
• Antibiograma directo orina y aspirado bronquial (cuando esté indicado), que servirá como información preliminar
• Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo de Frotis de control semanales para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.

- Servicio UCIP:
• Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP, en busca de la mayor eficiencia:
• Ajuste de la antibioterapia en función de los resultados microbiológicos (estudio preliminar de antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.

- Servicio Medicina Preventiva:
• Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

INDICADORES
1. Nº historias en las que conste la comunicación con Microbiología para recortar espectro y duración de la ABterapia/total historias de pacientes con ttº antibiótico empírico de amplio espectro
2. Nº enfermeras de UCI Pediátrica que han sido formadas para la adecuada recogida de hemocultivo por parte de enfermería de Microbiología/total de enfermeras que forman parte de la UCI Pediátrica
3. Nº historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter en UCIP
4. Nº hemocultivos contaminados/total de hemocultivos extraídos
5. Nº volantes con adecuada cumplimentación de datos clínicos/Total de volantes microbiológicos recibidos en Microbiología por parte de UCIP
6. Nº muestras de orina en las que se hace estudio Gram y antibiograma directo/Total de pacientes en los que se considera indicado el estudio microbiológico urgente de orina
7. Nº muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

DURACIÓN
- Todo el año: formación:
o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para que sea asequible a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio- Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1ª FASE (julio, agosto y septiembre de 2018): Presentación del proyecto a los supervisores de enfermería responsables de cada planta junto con powerpoint elaborado por miembros de la Comisión Clínica de Seguridad del paciente, en el que se explican una serie de conceptos básicos de seguridad clínica. Este sistema, que incide en la generación de una cultura de seguridad del paciente, se ha utilizado para informar al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados. En la presentación se insiste que esto debe hacerse tanto si los “errores” han producido daño al paciente como si no lo han hecho.
2ªFASE (A partir de octubre de 2018): Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante.
Se recomienda a las/los supervisores de cada planta la utilidad de colocar un buzón en la zona de estar de enfermería donde recoger las hojas cumplimentadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los supervisores de las 3 plantas han difundido la información al personal de enfermería durante los meses de verano (incluyendo octubre) pero la intensa rotación de este personal sanitario durante el periodo indicado y las recientes incorporaciones de personal fijo a las diferentes plantillas ha hecho que dicha información no ha llegado todavía al 100% del personal implicado.
- Se han instalado buzones en las plantas de Pediatría B e Infecciosos. En Pediatría A se decidió recogerlas en el despacho de supervisión que siempre permanece abierto.
- Se ha comentado entre miembros del equipo asistencial los problemas a la hora de prescribir/administrar algunos fármacos habituales que han llevado a error en la dosificación; concretamente Augmentine IV
- Se han enviado notificaciones a través del sistema electrónico instalado en la intranet: Intentaremos recopilar los datos.
- Se han recogido las siguientes notificaciones en papel:

0	Pediatría A
13	Pediatría B
6	Infecciosos Infantil
4	Sala de Observación Urgencias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe diferencia de percepción de los problemas relacionados con la medicación en las diferentes plantas probablemente relacionada con la falta de cultura de seguridad que hace precisa la formación del personal sanitario en general y específicamente de enfermería de la planta de Pediatría A. Precisamente en dicha planta se realizó al inicio una encuesta de cultura de seguridad que ratificó los resultados obtenidos posteriormente: la mayoría del personal piensa que la notificación no sirve. Tal y como transmite el supervisor existe una conciencia de culpa que aumenta con la notificación y por ese motivo se rechaza. Sin embargo se comentan de palabra los errores y se busca un culpable en otro colectivo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1176 ========== ***

Nº de registro: 1176

Título
DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, CASTEJON PONCE ESPERANZA, PEREZ DELGADO RAQUEL, MIRALBES TERRAZA SHEILA, MONGE GALINDO LORENA, BUSTILLO ALONSO MATILDE, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología infantil que implique ingreso hospitalario
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tras la instauración de un sistema de registro de eventos adversos en la unidad de Urgencias de pediatría en 2015, y observar que la mayoría de los eventos notificados tienen relación con errores en la medicación, hemos decidido difundir este sistema de registro a las unidades de hospitalización pediátrica anteriormente mencionadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir aumentar la cultura de seguridad en el personal de las plantas de hospitalización pediátrica
Promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales que trabajan en la atención sanitaria al paciente pediátrico hospitalizado mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

MÉTODO
1ª FASE: Presentación del proyecto junto con una serie de conceptos básicos de seguridad del paciente que informen al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados tanto si han producido como si no daños a los mismos.

2ªFASE: Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante. Para utilizar el formato papel será necesario situar un buzón donde recoger las hojas cumplimentadas.

3ª FASE: Análisis de los resultados obtenidos a los 6 meses y un año de implantación

4ªFASE: Aplicación de medidas correctoras que pudieran ser útiles en diferentes plantas de hospitalización y en la sala de Observación de Urgencias

INDICADORES
% de personal sanitario de la planta que ha recibido la información básica durante el primer mes: estándar 80%
% de registros de eventos adversos relacionados con la medicación sobre el total de pacientes ingresados en la planta: estándar 1%

DURACIÓN
1ª FASE: Sesión clínica en la unidad: conceptos básicos y sistemas de registro. Duración 15 minutos, repetida varias veces durante un mes (distintos turnos de enfermería) Junio 2018
Responsable: un pediatra de cada planta junto con la supervisora
2ª FASE: Colocación de buzón para recogida de datos en cada planta e inicio de recogida de registros Julio-agosto 2018.
Responsable: supervisora de enfermería
3ª FASE: 1ª valoración de datos obtenidos Diciembre 2018-enero 2019.
Responsable: Coordinador del proyecto
4ª FASE: A partir de febrero 2019, aplicación de medidas correctoras sugeridas tras el análisis de datos y el feed back al personal de la planta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Responsable: Pediatra responsable de cada planta

OBSERVACIONES
Sería recomendable que un porcentaje de al menos 10% del personal participante en el proyecto tuviera facilidades para realizar talleres de formación en seguridad del paciente ofrecidos por el sector sanitario

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA AIZPUN IGNACIO
LOU FRANCES GRACIELA
ROS ARNAL IGNACIO
MARTIN DE VICENTE CARLOS
GARCIA ROMERO RUTH
ROMERO SALAS YOLANDA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Generales a nivel de todo el Servicio

1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y
de cómo se va a realizar.

2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.

3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.

Específicos para cada Unidad de Pediatría

1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)

2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.

3. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición

2. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos

3. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reuniones de coordinación entre especialistas de adultos y pediátricos.
Aumento de la implicación de todos los componentes del Servicio de Pediatría.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las distintas especialidades pediátricas entre sí.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las especialidades de adultos.
Mayor coordinación entre especialistas pediátricos y de adultos.
Aumento de la satisfacción de las familias con la transición de sus hijos a adultos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1356 ========== ***

Nº de registro: 1356

Título
DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Autores:
PEÑA SEGURA JOSE LUIS, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, LOU FRANCES GRACIELA, ROS ARNAL IGNACIO, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, GARCIA ROMERO RUTH, ROMERO SALAS YOLANDA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar para su correcto manejo sobre sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales y suponen un desafío para los servicios de salud. La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de las enfermedades crónicas. Los adolescentes con enfermedades crónicas (EC) y sus padres pueden percibir la transferencia desde las Unidades de Pediatría a los servicios de adultos como una brusca interrupción en su régimen de tratamiento. Está constatado que este proceso supone un riesgo de empeoramiento del control de la enfermedad, abandono de seguimiento, incremento de la morbilidad, peor control de la enfermedad y deterioro de la salud. Frente al concepto de transferencia como proceso administrativo, las sociedades científicas defienden el concepto de transición como un proceso planificado y consensuado entre el paciente, la familia y los equipos asistenciales pediátricos y de adultos, que permitan minimizar el impacto negativo. La transferencia se suele realizar de manera variable entre los 15 – 18 años y cuando no se hace de manera planificada impacta negativamente en la salud, menor adherencia al tratamiento y menor índice de asistencia a las consultas programadas.
En la actualidad no todos los pacientes con enfermedades crónicas siguen un protocolo definido de actuación y existe una variabilidad importante. Es frecuente que el adolescente con EC deje de asistir a las visitas programadas (automedicación y autocotrol). Muchos pacientes son remitidos con un informe de alta pero sin establecer un consenso previo con el servicio de adultos. Es necesario establecer protocolos de actuación en cada Unidad de Pediatría para definir las patologías que son subsidiarias de entrar en un protocolo específico de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
1. Optimizar la transición de pacientes con enfermedades crónicas complejas desde las Unidades de Pediatría del HUMS a los servicios de adultos.
Objetivos secundarios
1. Promover la comunicación y colaboración entre los equipos asistenciales pediátricos y de adultos.
2. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la adolescencia supone sobre la salud en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.
3. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO
Generales a nivel de todo el Servicio
1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.
4. Presentación en sesiones del Servicio las actividades que se realizan.
Específicos para cada Unidad de Pediatría
1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Elaboración de un registro de pacientes transferidos.
4. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

INDICADORES
1. Presentación en el Servicio del proyecto en el calendario de sesiones clínicas (si / no)
2. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición (si / no)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

3. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos (>80%)
4. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas (si / no)

DURACIÓN
2 años de duración (Mayo 2018 a Mayo 2020)
Año 1
Mayo 2018 a Diciembre 2018.
Presentación en Sesión del servicio del proyecto.
Consensuar objetivos y criterios mínimos a nivel del servicio para cualquier paciente con EC antes de ser transferido.
Enero 2019 a Junio 2019.
Definición por parte de cada Unidad de qué EC deben seguir un protocolo específico de transición.
Elaboración de protocolos específicos
Año 2
Junio 2019 a Diciembre 2019
Implantación de las consultas de transición conjuntas
Elaboración de un registro de pacientes transferidos a nivel de cada Unidad
Enero 2020 a Mayo 2020.
Evaluación de encuestas de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes transferidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISRAEL LARENA FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
GARCIA ESCUDERO CRISTINA
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
PEÑALVA BORONAT ELISA
NAVARRO TORRES MARIA
MARTINEZ HERNANDO LORETO
SUSIN GALAN FERNANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por pediatras y enfermeras especialistas en pediatría de la Unidad de Neonatología, que voluntariamente han querido participar en el proyecto.
Se han realizado reuniones para distribución y organización de funciones.
Se ha realizado un protocolo para la posterior realización del proyecto de Alta Precoz del recién nacido prematuro en el área de Neonatología. Dentro de este protocolo se contempla la creación de un registro para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria, la creación de una encuesta de satisfacción, un tríptico para padres y la creación de un circuito en caso de urgencia, entre otros.
Se ha estado trabajando con la Subdirección de Enfermería del HMI en la posibilidad de disponer de una enfermera para la realización del proyecto.
Una enfermera en formación EIR de pediatría ha hecho una rotación externa en el Hospital de Cruces de Vizcaya, en la sección de alta precoz neonatal y hospitalización domiciliaria pediátrica, para formarse en este tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores propuestos para la realización del proyecto de implantación marcado para este 2018-2019 los resultados son los siguientes:
- Se ha elaborado un protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria.
- Se ha elaborado un protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta del programa.
- Se ha formado a una enfermera.

Por tanto, los indicadores marcados se han conseguido cumplir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación de un equipo de trabajo y la organización de funciones, permite alcanzar la meta del proyecto, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial. El objetivo inicial del proyecto para realizar un protocolo de actuación se ha conseguido y por tanto, el programa se ha realizado por completo. No se ha podido implantar este modelo de atención por falta del recurso especificado (al menos una enfermera especialista en pediatría) En el momento que se pueda implantar este modelo de cuidados, se podrá medir el impacto real que tiene el proyecto en la unidad, en nuestros niños y en sus cuidadores principales, sobre aquellos beneficios que se le presuponen como son normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial, disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada, favorecer la lactancia materna prolongada, mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria) y disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos.

7. OBSERVACIONES.
La implantación real del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría para este proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1445 ========== ***

Nº de registro: 1445

Título
ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

Autores:
LARENA FERNANDEZ ISRAEL, RITE GRACIA SEGUNDO, GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, PEÑALVA BORONAT ELISA, NAVARRO TORRES MARIA, MARTINEZ HERNANDO LORETO, SUSIN GALAN FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos pretérmino y/o bajo peso
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La evidencia científica muestra que los recién nacidos prematuros y de bajo peso presentan una evolución más favorable si sus padres se integran en sus cuidados. La hospitalización es un factor de desajuste, repercutiendo negativamente en las cargas de trabajo de los equipos neonatales y en sus costes, el estado afectivo-emocional de la familia y en la instauración y prolongación de la lactancia materna. Es necesaria una actuación del equipo de salud para facilitar el vínculo y desarrollar las competencias necesarias para el cuidado de sus hijos. El alta precoz de las Unidades Neonatales se ha postulado como una buena estrategia, en pacientes seleccionados, para reducir los efectos adversos de una estancia hospitalaria prolongada, reforzar las capacidades de los padres en las competencias de cuidados de sus hijos, contribuyendo de este modo al mejor pronóstico de estos pacientes y reducir el coste en sus cuidados. La asistencia domiciliaria forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en países desarrollados. Realizando un breve análisis de costes en nuestro medio para justificar el proyecto, hemos analizado los precios públicos por GRD ofrecidos por la Comunidad de Madrid y publicados en su Boletín Oficial ORDEN 727/2017, de 7 de agosto. Se seleccionan los siguientes GRD:
602: “RN peso al nacer <750 g, alta con vida”, coste: 91031 €.
604: “RN peso al nacer 750-999 g, alta con vida”, coste: 68301 €.
607: “RN peso al nacer 1000-1499 g, sin procedimiento quirúrgico”, coste: 29770 €.
Calculamos la estancia media en nuestra Unidad durante el año 2017 de cada uno de estos 3 GRD, obteniendo un coste de estancia por día aproximado y estimamos la minoración del coste, basándonos en una reducción de la estancia media en 7 días respecto a la estancia media del año anterior.
GRD: 602 “RN peso al nacer <750 gr, alta con vida”: Altas 2017: 5; Estancia media 101.4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 897,74 €; Objetivo minoración coste/estancia 31420,9 €.
GRD: 604 “RN peso al nacer 750-999 gr, alta con vida”: Altas 2017: 17; Estancia media 70,4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 970,18 €; Objetivo minoración coste/estancia 115451,24 €.
GRD: 607 “RN peso al nacer 1000-1499 gr, sin procedimiento quirúrgico”: Altas 2017: 48; Estancia media: 44 días; Minoración 7 días; Coste estancia 676,59 €; Objetivo minoración coste/estancia 227334,24 €.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL
Instaurar un programa de alta precoz en prematuros de bajo peso y seguimiento a través de la unidad de hospitalización domiciliaria.
ESPECÍFICOS
•Normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial
•Disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada
•Favorecer la lactancia materna prolongada
•Mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria)
•Disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos

MÉTODO
- Elaboración de protocolo multidisciplinar, desarrollando todas las funciones de cada profesional
- Creación de registros necesarios para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria
- Creación de una encuesta de satisfacción y un tríptico para padres
- Organización de actividad de enfermería. Solicitar la posibilidad de disponer de una enfermera especialista en pediatría para desarrollar el programa
- Cómo funcionaría: Tras una valoración del pediatra se plantearía a los padres la posibilidad de incluir en el programa a aquellos niños que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente la trabajadora social y la psicóloga tendrían una reunión con los padres para confirmar la inclusión en el programa. La enfermera responsable realizaría la formación de los padres mediante la escuela de padres, confirmando su capacitación. Posteriormente se encargaría de realizar el seguimiento domiciliario de estos niños, basándose en los registros de datos de visita domiciliaria, concretando las citas que sean necesarias.
Antes del alta hospitalaria, la enfermera contactará con el equipo del centro de salud para informar sobre la situación del neonato, asegurando una continuidad de cuidados adecuada.
- Creación de un circuito en caso de urgencia

INDICADORES
Elaboración de protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria: SI
Elaboración del protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

```
del programa: SI
Formación al personal de la Unidad: SI

DURACIÓN
Creación del grupo de trabajo- Sept/Oct 18
Elaboración de documentos- Nov/Dic 18
Formación del personal de enfermería implicado- Enero/ Marzo 19

OBSERVACIONES
La implantación del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1410

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MATILDE CAMPO SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGUACEL ACIN MAITE
GARCES FUERTES PAULA
TERREN MARCO NOELIA
GIL NAVARRO SABRINA
EZPELETA ASCASO IGNACIO
LATORRE MOSTEO CARMEN
SIMON CLEMENTE SALOME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza el programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo el 20.06.2018.Consensuar las actuaciones para ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Basica de Prevencion de Riesgos Laborales.
Se Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al medico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación Individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado en los primeros 6 meses del proyecto 114 test de Cage, con resultados de Cage 0, 109 trabajadores.No consumo de alcohol.
Cage 1, cuatro trabajadores.
Cage 2 un trabajador.
Cage 3 ningun trabajador.
Cage 4 ningun trabajador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas.
La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados.
Creemos que se esta ocultando informacion acerca de la ingesta real de alcohol
El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como minimo cada dos años en toda persona de mas de 14 años, a pesar que la prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera la propia población general, nos planteamos que no es adecuado el test de cage en esta UBPRL, para detectar bebedores ligeros o moderados por la creencia del trabajador en la repercusion de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1410 ========== ***

Nº de registro: 1410

Título
PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Autores:
CAMPO SANZ MATILDE, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, GARCES FUERTES PAULA, TERREN MARCO NOELIA, GIL NAVARRO SABRINA, EZPELETA ASCASO IGNACIO, LATORRE MOSTEO CARMEN, SIMON CLEMENTE SALOME

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1410

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

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

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

PROBLEMA
El objetivo de la UBPRL es velar por la seguridad y la salud individual y colectiva de los trabajadores.

El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas.
La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados.
Según las ultimas encuestas nacionales de salud la prevalencia del consumo de alcohol en la población trbajadora supera la propia población general.

Según la recomendación de la PAPPS (2016) (programa de actividades preventivas y promocion de la salud.
El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como minimo cada dos años en toda persona de mas de 14 años sin limite superior de edad.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Detectar trabajadores con consumo abusivo del alcohol.
2- Consensuar implicaciones practicas,tanto preventivas como terapéuticas para reducir el consumo abusivo de alcohol en los trabajadores del Sector sanitario Zaragoza II.

MÉTODO
Ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Basica de Prevencion de riesgos Laborales.
Establecer un programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo.(20.06.2018)

Consensuar las actuaciones

Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al medico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación Individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

INDICADORES
Nº de screening en el abuso de alcohol realizados / numero de reconocimientos realizados .

Nº de screening positivos / nª de screening realizados.

DURACIÓN
Se realizara una evaluación y un nuevo reajuste del proyecto ante cualquier deficiencia detectada.

Se Planificara una pre evaluación a los 6 meses del inicio.y al final 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 - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

Fecha de entrada: 01/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION PASCUAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado en éste tiempo en primer lugar un soporte de papel, consistente en la creación de carpetas que permitan individualizar la asistencia diaria al paciente, así como los datos extraídos en las reuniones semanales que se llevan a cabo con el equipo multidisciplinar . Estos datos nos facilita la realización de los informes planteados al alta del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La recogida de datos para la elaboración de los informes se encuentra realizada totalmente, al 100 % de los pacientes valorados.
En cuanto a la informatización de los informes se lleva a cabo de forma gradual siguiendo el cronograma planteado con objetivos cumplidos a junio del 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se considera una valoración positiva, ya que permite una recocida de datos más minuciosa, con lo cual la información es más fidedigna y consideramos que cuando la realización del proyecto se consiga al 100 % será un avance en nuestra actividad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1436 ========== ***

Nº de registro: 1436

Título
ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME

Autores:
PASCUAL GARCIA ASUNCION, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, PEREZ PEMAN CAMINO, ROHNER DEL SORDO DAVID, CORATU ANA MARIA, MORER BAMBA BARBARA, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Uno de los programas de la Unidad de Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace del HUMS es la atención en la Unidad de Lesionados Medulares (ULME), se trata del servicio de referencia de Aragon en la atención a pacientes que padecen mielopatias de diversa intensidad. Esta grave patología requiere de ingreso hospitalario prolongado (entre 2 y 8 meses) en el que lo habitual son las complicaciones que subyacen a su proceso de rehabilitación(RHB).
En este periodo de RHB el paciente tiene que adquirir una serie de habilidades encaminadas a mejorar su independencia y autonomía tras la perdida de movilidad, aprender el manejo de control de esfínteres y recuperar su actividad sexual. Durante el ingreso tiene que hacer frente a diversos procesos entre los que se incluye un trabajo dirigido a asumir las perdidas derivadas de la patología medica y de manera fundamental a mantener una actitud de afrontamiento que les permita implementar una serie de habilidades, para lo cual se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

requiere una actitud colaboradora y activa por parte del paciente y de la familia.
En este proceso complejo es necesaria en la mayoría de los paciente la intervención del área de psicología/ psiquiatria para ayudar a elaborar el duelo por la perdida sufrida.
Esta actividad la llevamos a cabo una profesional de psiquiatría y una profesional de psicología clínica, invirtiendo la mayor parte de nuestra actividad en entrevistas tanto de valoración como de seguimiento no solo del paciente sino de su familia, todo ello encaminado a favorecer la asunción de la perdida, así como a mejorar su capacidad de afrontamiento.
Como nuestra actividad siempre se contextualiza en un modelo de colaboración con los médicos rehabilitadores, no queda constancia de nuestras intervenciones, salvo los apuntes registrados en la historia clínica.
Es por ello que consideramos necesario operativizar una tarea que nos permita el seguimiento más sistematizado del pacientes y la elaboración de un informe al alta hospitalaria donde se recojan intervenciones realizadas, evolución, diagnostico y tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Sistematizar la recogida de datos de los pacientes para optimizar su atención.
2) Hacer más visibles nuestras intervenciones en ésta área medica.
3) Mejorar la información sobre la evolución del paciente dirigida tanto a nivel hospitalario como a los especialistas que posteriormente le realicen el seguimiento.

MÉTODO
Consideramos necesario crear algún tipo de soporte que facilite la organización de nuestra actividad planteando hacer los siguientes tipos de mejora.

1) Carpeta o portafolios donde queden recogidos la hoja de consulta de cada paciente y un añadido donde anotemos todas nuestras intervenciones.
2) En este mismo soporte de papel se referenciara todas las intervenciones realizadas a cada paciente, tanto por parte de psicología como de psiquiatría, así como las llevadas a cabo en el medio familiar del citado paciente.
3) Se recogerán igualmente los datos extraídos de las reuniones de equipo que de forma multidisciplinar se llevan a cabo con una periodicidad semanal .
4) Esta hoja cuando el paciente se vaya de alta se adjuntara en su historia clínica y a además nos permitirá realizar el informe clínico de cada paciente documento posteriormente al alta quedaría guardado en la historia y además nos permitiría la elaboración de un informe en el hp doctor.
5) Informe informatizado en el hp doctor donde se recoja el resumen de nuestra actividad clínica y quede adscrito a la historia informatizada del paciente.

INDICADORES
1) Desarrollo e implantación del soporte de papel (Presente o ausente).
2) Numero de pacientes que están siendo recogidos sus datos para la elaboración de la carpeta de seguimiento.
3) Numero de informes clínicos realizados en hp doctor.

DURACIÓN
El tiempo dedicado al proyecto completo será el que se detalla a continuación:

1) 1)Elaboración del proyecto escrito y presentado hasta el 30 de Junio del 2016
2) Informatización de informes del 20% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2016.
3) Informatización de informes del 40% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2017.
4) Informatización de informes del 60% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de diciembre del 2017.
5) Informatización de informes del 80 % de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2018.
6) Informatización de informes del 100% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre 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 - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA PATRICIA
PEREZ PEMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Mejorar la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Presentar en grupo de calidad el análisis de los datos de los EA recogidos y realizar feedback al resto de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejorar la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital.
Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)
Elaboración de estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.
Realizar feedback al personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De las actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%.
Mejora en los sistemas de registro en el curso de 4 meses;
Registro de incidencias y búsqueda estrategias de prevención (si/no)
Realizacion de sesiones periodicas (si/no)
Establecer acciones de mejora para 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1462 ========== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GRACIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PEMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.
La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.
La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).
La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.
PERTINENCIA DEL PROYECTO
Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.
Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.
Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS
Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría: 1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)
II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.: 5.Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS: 6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa: 7.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes, PIRes y enfermería del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria: 8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES
- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.
- Presentación en sesión clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar “puntos débiles”
- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0136

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ POZA ALFONSO
SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO
ALADREN RODRIGO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión Bibliográfica para valorar, en cada uno de los miembros del Equipo, si la metodología empleada es la necesaria y las técnicas suficientes para el proceso evaluado para conseguir una mejoría constante.

- Realización del diagrama de flujos propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos realizado el diagrama de flujo del proceso de acogida del paciente en un equipo multidisciplinar en un Hospital de Días mediante reuniones multidisciplinares de equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
el 95% de los pacientes que se les da el alta en nuestro recurso se ha realizado el diagrama de flujo del proceso.
Nuestro proyecto requiere la programación de espacios temporales específicos semanales para la realización del alta de cada uno de los pacientes que acaban el programa en Hospital de Día.
El equipo multiprofesional que atiende a los pacientes que realizan el Programa en Hospital de Día de Psiquiatría considera que esta medida es sostenible a lo largo del tiempo y extrapolable a cualquier recurso de condiciones similares al nuestro (recursos intermedios de intervención) y supone una mejora en el cierre del proceso asistencial permitiendo al equipo llevar a cabo una valoración integral de la evolución clínica de cada caso atendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/136 ========== ***

Nº de registro: 0136

Título
PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Autores:
DE JUAN LADRON YOLANDA, PEREZ POZA ALFONSO, SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCIÓN, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ, SIGUENZA ARNEDO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0136

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA

Desde la apertura del recurso (Hospital de Día de Psiquiatría del HUMS) en el año 2014 hemos sido conscientes en el equipo de la importancia de poder trabajar el proceso de alta de cara a favorecer la continuidad de cuidados psicoterapéuticos y asistenciales en la red de Salud.
Siendo conocedores de la relevancia de este aspecto y de la idoneidad de poder hacer un buen cierre de los casos atendidos, velando por la óptima continuidad del trabajo realizado en un dispositivo de hospitalización parcial nos planteamos en 2017 la necesidad de realizar un diagrama de flujo para abordar el proceso de alta del paciente que finaliza el programa teerapéutico en Hospital de Día desde una perspectiva multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar estudio del proceso de alta desde un enfoque multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de dicho proceso en Hospital de Día para contribuir de esta forma a mejorar la calidad en la continuidad de cuidados.

MÉTODO
Los diagramas de flujo preteneden convertirse en el mecanismo de análisis de la gestión de esta Unidad.
El equipo debe plantearse cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso de alta de los pacientes que concluyen su programa terapéutico en Hospial de Día. Con este queremos conseguir una mayor eficacia y eficiencia.
Dedicaremos una reunión semanal en Hospital de Día para:
- Plasmar el trabajo que realiza cada profesional en el proceso de alta.
- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para valorar, en cada uno de los miembros del equipo, si la metodología empleada es la necesaria y si las técnicas son suficientes para el proceso evaluado y para conseguir una mejora en la continuidad asistencial.
- Realizar el diagrama de flujo consensuado entre todos.

INDICADORES
1.-Realizar este año el diagrama de flujos en el proceso propuesto este año.
2. Contrastar estos diagramas con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de Psiquiatría.
6. ¿Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrastará con alguno de los usuarios del Programa, ya que son los que reciben los resultados y viven las dificultades.

DURACIÓN
1. Búsqueda bibliográfica en febrero-marzo
2. Realización de flujos en abril-junio
3. Evaluación externa por equipo en julio-septiembre
4. Correcciones y valoración grupo de calidad en octubre
5. Introducir cambios de mejora en noviembre
6. Ver resultados final de 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 - 2018/0153

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE JUAN LADRON YOLANDA
SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ
CORBERA ALMAJANO MANUEL
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Estudio del proceso asistencial de todo el Equipo Multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de la acogida del paciente en Hospital de día.

- Revisión Bibliográfica para valorar, en cada uno de los miembros del Equipo, si la metodología empleada es la necesaria y las técnicas suficientes para el proceso evaluado para conseguir una mejoría constante.

- Realización del diagrama de flujo propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos realizado el diagrama de flujo del proceso de acogida del paciente en un equipo multidisciplinar en un Hospital de Días mediante reuniones multidisciplinares de equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Más del 95% de los pacientes que ingresan en nuestro recurso han podido realizar una acogida completa por cada uno de los profesionales del equipo.
- El equipo multiprofesional que atiende a los pacientes que realizan el Programa en Hospital de Día de Psiquiatría considera que esta medida es sostenible a lo largo del tiempo y extrapolable a cualquier recurso de condiciones similares al nuestro (recursos intermedios de intervención) y supone una mejora en la incorporación al proceso asistencial permitiendo al equipo llevar a cabo una acogida integral de cada paciente facilitandole la incorporación al programa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/153 ========== ***

Nº de registro: 0153

Título
ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U.MIGUEL SERVET)

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, DE JUAN LADRON YOLANDA, SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ, CORBERA ALMAJANO MANUEL, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0153

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DESDE 2016 SE VIO LA NECESIDAD DE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCIA LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, DE MANERA GENERAL PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.
SIGUIENDO ESA VIA DE TRABAJO VEMOS LA NECESIDAD DE SEGUIR REALIZANDO UN UNICO DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA PERO ANALIZANDO UNA VALORACION NO UNICAMENTE MEDICA SINO MULTIDISCIPLINAR.

RESULTADOS ESPERADOS
REALIZAR ESTUDIO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA ELEBORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA Y EN LOS GRUPOS TERAPEUTICOS PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD EN LA UNIDAD.

MÉTODO
LOS DIAGRAMAS DE FLUJO PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD.
EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CADA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ACOGIDA DE UN PACIENTE EN SU INGRESO EN HOSPITAL DE DIA. CON ESTO QUEREMOS CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA.
DEDICAREMOS UNA REUNIÓN SEMANAL EN HOSPITAL DE DÍA PARA:
. PLASMAR EL TRABAJO QUE REALIZA CADA PROFESIONAL EN EL PROCESO DE ACOGIDA.
. REALIZAR UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA PARA VALORAR, EN CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO, SI LA METODOLOGIA EMPLEADA ES LA NECESARIA Y SI LAS TECNICAS SON SUFICIENTES PARA EL PROCESO EVALUADO Y PARA CONSEGUIR UNA MEJORA COSNTANTE.
. REALIZAR EL DIAGRAMA DE FLUJO CONSENSUADO ENTRE TODOS.

INDICADORES
1. REALIZAR ESTE AÑO EL DIAGRAMA DE FLUJOS EN EL PROCESO PROPUESTO ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.
3. NUEVO EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.
4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.
5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRIA.
6. ¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?
7. SE CONTRASTARA CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES

DURACIÓN
1. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA FEBRERO- Marzo
2. REALIZACIÓN DE FLUJOS EN ABRIL- JUNIO.
2. EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN JULIO-SEPTIEMBRE.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD OCTUBRE.
4. INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN NOVIEMBRE
5. VER RESULTADOS FINAL DE AÑO

OBSERVACIONES
SE CONVERTIRA EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO
SOLER GONZALEZ CRISTINA
LISO BANDRES ANA MARIA
AIBAR LUIS MARIA JOSE
PASCUAL OLIVER MIGUEL
SALVADOR COSCUJUELA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriátrico, a través de formulario de google.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos, a través de correo electrónico. Presentación (marzo/18) y 2 recordatorios (junio y septiembre/18).
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM. Se recogieron las siguientes variables: estado cognitivo, comorbilidad física, polifarmacia, problemática social, e institucionalización.
4. Periodo de evaluación/registro (mayo-octubre/18); por parte de todos los miembros del equipo de mejora.

5. Análisis de resultados (noviembre/18) y evaluación de los mismos en reunión de equipo (7/12/18).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Número y porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses:
- CSM REBOLERIA= 407 (8.7%) en total; una media de 105 pacientes por cada FEA Psiquiatria (10.7% respecto al total de pacientes atendidos), 8 pacientes por FEA Psicología (3.8%), y 84 pacientes por Enfermería (5.6%). ¿Poner primero enfermería por ordenar porcentaje de mayor a menor?
- CSM SAN JOSE= 118 (16,5%), por parte de un FEA Psiquiatria.

• Porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM subsidiarios de asistencia en programa específico de psicogeriatría: 47.2%. Problemática específica: Demencia 15.6%; Comorbilidad 44.1-67.9%; Polifarmacia 61%; Problemática social 12.7- 25.6%; Institucionalización 10.9%. ¿Poner porcentaje por orden?

• Respuestas al cuestionario por parte de los MAP: 26 (78.8% del total de Facultativos).
- 17 (65.4%) consideran complejo el abordaje del paciente psicogeriátrico.
- 23 (88.5%) consideran que su abordaje de estos pacientes podría mejorar bastante o mucho mediante sesiones formativas; específicamente en el abordaje de las alteraciones de conducta en el paciente con demencia y el uso de antipsicóticos en el anciano.
- 16 (61.5%) considerarían bastante o muy beneficiosa la interconsulta con Psiquiatría para el abordaje de estos pacientes.
- Se señalan asimismo limitaciones en la asistencia actual al paciente psicogeriátrico en USM, tal como la demora en las citas (73%), la dificultad de traslado del paciente (46%) y el uso excesivo de medicación (38.5%).

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.
Se han cumplido el 100% de los objetivos propuestos en el Programa. Nos ha permitido una mejor definición de las necesidades específicas de los pacientes mayores de 65 años derivados a USM por síntomas psiquiátricos y de las dificultades de abordaje de estos pacientes en el ámbito de Atención Primaria. Son necesarios futuros programas de mejora que respondan a estas necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/189 ========== ***

Nº de registro: 0189

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Título
EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO, SOLER GONZALEZ CRISTINA, LISO BANDRES ANA MARIA, AIBAR LUIS MARIA JOSE, PASCUAL OLIVER MIGUEL, SALVADOR COSCUJUELA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El colectivo de personas mayores (en general, a partir de los 65 años) es considerado como población vulnerable en materia de Salud Mental (Ley General de Salud Mental, 1986). Sin embargo, hasta la fecha, y salvo programas concretos que parten de la iniciativa de algunos profesionales, la red de salud mental no cuenta con dispositivos específicos para la atención de esta población más allá de las unidades psicogeriátricas de larga estancia; de accesibilidad limitada y que no cubren la demanda asistencial para determinados perfiles de pacientes psicogeriátricos.

El borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021 incluye como línea estratégica la PSICOGERIATRIA. La asistencia psicogeriátrica va dirigida a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno. Se caracteriza por ser comunitaria, global, interdisciplinar, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación.

El Plan de Salud Mental reconoce como dispositivos asistenciales básicos para la atención al paciente psicogeriátrico los Centros de Atención Primaria (AP) y las Unidades de Salud Mental (USM); y plantea como primeras actividades a desarrollar: 1) un programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad Mental y 2) un protocolo de actuación coordinado (AP y USM) para residencias y centros de día de mayores.

Según los datos de población por sectores sanitarios y zonas de salud (www.aragon.es), correspondientes al año 2016, la Unidad de Salud Mental (USM) de Rebolería tiene una población de referencia de 73631 habitantes, correspondientes a las Zonas Básicas de Salud: Almozara, San Pablo, Independencia y Reboleria. De los cuales, 16133 habitantes (21,9 %) son mayores de 65 años. La carga de sujetos mayores de 65 años en el ámbito de influencia de otras USM en nuestro sector (II) es incluso mayor, alcanzando un 27,9% en la USM de San José.

El análisis de la demanda y necesidades de los pacientes psicogeriátricos atendidos en las USM, y de las necesidades de los médicos de AP en la atención a estos pacientes, puede facilitar posteriormente el desarrollo de acciones estratégicas para optimizar su atención, adaptadas a las necesidades reales.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Evaluar la carga asistencial correspondiente a pacientes mayores de 65 años en la USM Rebolería y el porcentaje de estos pacientes con necesidades específicas.
2) Comparar los parámetros anteriores con la actividad en otras USM de nuestro sector, concretamente en la USM San Jose, con mayor porcentaje de población mayor de 65 años en su ámbito de influencia.
3) Evaluar las necesidades percibidas de los Médicos de AP que derivan pacientes a ambas USM respecto a la asistencia del paciente psicogeriátrico.

MÉTODO
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriátrico.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos.
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM.
4. Periodo de evaluación/ registro.
5. Análisis de resultados y evaluación de los mismos en reunión de equipo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

- Número de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes mayores de 65 años respecto al total de pacientes atendidos en USM.
- Número y porcentaje (respecto al numero de pacientes mayores de 65 años y al total de pacientes atendidos) de pacientes que cumplen criterios de población diana para asistencia en programa específico de psicogeriatría (según se describen en el borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021).
-Porcentaje de respuestas a la encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación con la asistencia al paciente psicogeriátrico. (Número de respuestas/ Total de Facultativos de AP que derivan pacientes a las USM Reboleria y San Jose) (Estándar> 50%)

DURACIÓN
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
2. Envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP (Responsable; abril 2018)
3. Elaboración de registro de asistencia a pacientes mayores de 65 años en la USM (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
4. Periodo de evaluación/ registro (cada uno de los miembros del equipo; abril-septiembre 2018)
5. Análisis de resultados (responsable; octubre 2018)
6. Evaluación de resultados en reunión de equipo USM (todos los miembros del equipo; 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 - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEREZO SERRANO FRANCISCA
PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA
NOVELLA NEBREDA SUSANA
RIPALDA ROVIRA DOLORES
AZNAR ANADON ANA
CUADRADO MARTIN ANA ISABEL
ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el último trimestre del año 2018 enmarcado en el proyecto de calidad de la unidad de enfermería del servicio de psiquiatría, se ha realizado un estudio descriptivo respecto a los talleres de enfermería impartidos por las enfermeras especialistas en salud mental de dicha unidad.
Los talleres de enfermería se encuadran como funciones independientes, asistenciales y psicoeducativas de estas profesionales. Mediante este estudio se ha pretendido evaluar, por un lado, el grado de participación de los usuarios y por otra parte la satisfacción de los usuarios ingresados en dicha unidad con los talleres de enfermería ofertados.
El estudio consistía en una encuesta dividida en dos partes, la primera saber si habían participado o no, en ellos, y la segunda, a aquellos usuarios que sí habían participado se les preguntaba por su grado de satisfacción con ellos. La segunda pregunta era una escala tipo Likert de 5 items para determinar el grado de satisfacción:

- Muy satisfecho (5)
- Satisfecho (4)
- Aceptable (3)
- Insatisfecho (2)
- Muy insatisfecho (1).

Durante este trimestre el número de altas en la unidad ha sido de 87 y el número de encuestas realizadas 75. Esta diferencia se explica por la dificultad para realizarlas a algunos pacientes. Estas dificultades han sido principalmente: la barrera idiomática, dificultades cognitivas y la falta de colaboración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De las 75 encuestas realizadas los resultados son los siguientes:
*NO HAN PARTICIPADO :14 usuarios (18,7%)
*SÍ HAN PARTICIPADO :61 usuarios (81,3%)
De los pacientes que contestaron afirmativamente haber participado se han mostrado:
*MUY SATISFECHOS :36 usuarios (59,01%)
*SATISFECHOS: 16 usuarios (26,22%)
*ACEPTABLEMENTE SATISFECHOS: 8 usuarios (13,11%)
*INSATISFECHOS: 1 usuario (1,63%)
*MUY INSATISFECHOS: NINGÚN USUARIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los talleres y grupos terapéuticos realizados en la UCE de psiquiatría, según las encuestas, han mejorado la estancia del paciente y la evolución de su patología.
El personal de enfermería de la UCE,que ha realizado estos talleres, se ha sentido más satisfecho y ha mejorado y aumentado la relación con el paciente, fomentado su parte sana para manejar mejor las situaciones de crisis, estrés, ansiedad y manejo de las emociones.
Se ha demostrado que trabajar activamente con el paciente y a su psicoeducación, mejora la satisfacción de ambas partes, el ambiente de trabajo y las capacidades de factores protectores para su desarrollo personal y su reinserción social.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/382 ========== ***

Nº de registro: 0382

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Título
PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Autores:
ASENSIO MANERO CARMEN, CEREZO SERRANO FRANCISCA, PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA, NOVELLA NEBREDA SUSANA, AZNAR ANADON ANA, CUADRADO MARTIN ANA ISABEL, RIPALDA ROVIRA DOLORES, ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Cuando ingresa el paciente en la UCE del Hospital que da desvinculado de su medio y debe adaptarse a un espacio nuevo y desconocido. Es una evidencia que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no solo precisa de una atención sanitaria, sino de otras actuaciones como la educativa, rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social.
Estas personas constituyen un colectivo muy vulnerable con escasos recursos, con alto riesgo de marginación y muchas veces bajo un estigma social que dificulta su integración social y la de sus familias. La enfermería de salud mental, conocedora de esta situación, realiza actuaciones encaminadas a cubrir las necesidades básicas y además de procurar un soporte y acompañamiento a retomar o cambiar hábitos potenciando los recursos personales y la capacidad ante las dificultades.
El taller es la herramienta de transmisión de información y adquisición de capacidades de La persona. El integrar talleres educacionales en el periodo de convalecencia en el hospital es un recurso asistencial-terapéutico que pretende ser una herramienta facilitadora de la recuperación del paciente. Así mismo estos talleres aumentan el grado de motivación, satisfacción y de enriquecimiento individual.
Desde el taller se trabaja activa y específicamente para asegurar la adecuada adherencia del paciente, desarrollando actividades que resulten más beneficiosas, buscando siempre la progresiva implicación y participación activa en el proceso del desarrollo personal y de rehabilitación social.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la salud mental en los pacientes a través del aprendizaje de técnicas de autocuidado y habilidades sociales que permitan mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Promover factores protectores que se integren a los ya existentes, principalmente orientados al manejo de emociones y situaciones difíciles, ansiedad, integración de los estados físicos, psicológicos y espirituales, a través del aprendizaje y practica de técnicas simples de relajación y/o contención mental
- Fomentar la comunicación, cooperación y armonía, aumentando el nivel de conciencia sobre su enfermedad y las consecuencias que desencadenen en sus hábitos cotidianos.
- Ofrecer un espacio de contención y estructura, y a la vez de acogida y acompañamiento durante su ingreso en la UCE.
- Permitir la expresión personal de cada paciente y fomentar la parte sana y sus recursos personales de cada paciente.
- Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutricias y estructurantes entre los miembros del grupo.

La población diana: serán los enfermos ingresados en la UCE del HUMS, y que deseen acudir de forma voluntaria y cuando su situación física y mental lo permitan.

MÉTODO
Metodología del trabajo:
- Formación del equipo de trabajo
- Los talleres serán diarios, en horario de mañana y tarde, basados en los Patrones de cuidados de M. Gordon
- Número de participantes en cada taller
- Información a los pacientes, de forma individualizada, de la existencia de estos talleres y de los requisitos que deben cumplir para asistir a ellos.
- Las actividades serán participativas y dinámicas.

Se priorizan y jerarquizan los talleres de EPS (Educación para la Salud) y Psicoeducación.
Reunión de los pacientes en el aula taller:
- Establecimiento de un ambiente terapéutico, así como de confianza entre paciente y equipo
- Informar de forma sencilla, clara y precisa de cómo se va a realizar el taller.
- Se realizarán exposiciones concretas, cercanas y fácilmente identificables utilizando ejemplos de la vida diaria, que les permitan adquirir conocimientos para desarrollarlos de forma eficaz en las tareas cotidianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

INDICADORES
1- Porcentaje de pacientes que acuden a los talleres organizados al menos de un 50%. La medición se realizara mediante registro de asistentes tras cada taller.
2- Porcentaje de pacientes que participan de forma activa en el taller, de al menos el 50%.
3- Porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos con los talleres organizados de al menos el 70%. Se medirá al alta del paciente, mediante la Escala de Lickert, con estos 5 ítems:
*Muy satisfecho.5
*Satisfecho.4
*Aceptable.3
*Insatisfecho.2
*Muy insatisfecho.1

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto……Mayo 2018
Elaboración y desarrollo de talleres……..Mayo, Junio, Julio, Agosto del 2018
Dar a conocer los talleres a los miembros de la UCE……..….Septiembre 2018
Implementación de los talleres en UCE……Octubre, Noviembre, Diciembre 2018
Recogida y análisis de datos……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 - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAIME DOMPER TORNIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA PATRICIA
LACAMBRA CORTINA M
DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio. Abril 2018
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas. Mayo 2018
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa. Mayo 2018
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto alproceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad. Junio 2018.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS. Pendiente.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente. Mensualmente (A través de la Comisión de ingresos) y trimestralmente en las USM.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados “prioritarios”, y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM. En curso desde septiembre 2018.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros. En curso desde septiembre 2018.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro. Pendiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%) 17 respuestas
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)
4. Reuniones con los CS. Pendiente
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1por semestre); mensual/ trimestral
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 ‰) pendiente
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados.(150-200/ año y 100%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es difícil implantar medidas que potencialmente puedan perjudicar a los supuestos beneficiarios. Las garantías de los procesos y los planes de informatización para la mejora de la atención son el motor que lo posibilita, si bien la complejidad asistencial a los beneficiarios con diferentes departamentos intervinientes (no sólo sanitarios) y supuestas plataformas de interacción entre ellos que no han llegado a ponerse en funcionamiento no permiten todavía la consolidación del proyecto, por otra parte necesario, por lo que lo continuamos en la presente anualidad.

7. OBSERVACIONES.
Sirva de memoria de seguimiento de la primera anualidad del proyecto y de solicitud de continuidad del mismo. La posible reordenación de los recursos y comisiones de salud mental a nivel de área exigiría la revisión de algunas actividades vinculadas a éstos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1111 ========== ***

Nº de registro: 1111

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION. INTERVENCIONES ESPECIFICAS

Autores:
DOMPER TORNIL JAIME, MARTINEZ GONZALEZ EDUARDO, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO, GONZALEZ MAISO ANGELA, ROMANCE ALADREN MARINA, SALVADOR COSCUJUELA SONIA, PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
En Aragón no se dispone de un Sistema de Información de Salud Mental, aunque se haya contemplado como necesidad en los diversos Planes de Salud Mental, incluido el actual 2017-21 (Proyecto 18, Línea Estratégica 4).
La “complejidad” terapéutica y asistencial (seguimiento cli´nico-terape´utico-rehabilitador) de los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG), aconseja poder disponer de información personalizada adecuada y actualizada.
Con esta intención se ha elaborado el registro de personas con TMG, incluido en la Historia Clínica Electrónica (HCE) y supeditado a las normas de accesibilidad y trazabilidad de la misma.
El registro de TMG tiene como objetivos principales: (1) disponer de un Conjunto Mínimo de Datos de los pacientes con TMG atendidos en los dispositivos asistenciales y rehabilitadores de Aragón; (2) permitir una planificación y gestión de recursos adecuada a la demanda; (3) facilitar la coordinación entre los profesionales de los diferentes recursos asistenciales; (4) facilitar la continuidad asistencial de los pacientes, minimizando el riesgo de desvinculación terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aclarar dudas ético-legales para facilitar la participación de todos los profesionales y elaborar el registro con las máximas garantías para nuestros pacientes.
2. Consensuar con los profesionales del Servicio los casos de TMG que pueden beneficiarse de forma más inmediata y clara de su inclusión en el registro.
3. Familiarizar a los profesionales del Servicio con el uso de esta herramienta de registro.
4. Facilitar la continuidad asistencial y un abordaje integral en la asistencia del paciente con TMG: Mediante la coordinación entre las Unidades de Salud Mental (USM) con los recursos de rehabilitación psicosocial, así como con las comisiones técnicas de acceso a los mismos; y con los profesionales de Atención Primaria en los Centros de Salud (CS).
5. Documentar la carga asistencial de TMG en cada Unidad del Servicio de Psiquiatría.

MÉTODO
1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio.
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas.
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa.
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto al proceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados “prioritarios”, y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro.

INDICADORES
1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%)
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

4. Reuniones con los CS. (>25% CS del Sector II)
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1 por semestre)
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 ‰)
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados. (150-200/ año y 100%).

DURACIÓN
Actividades (1) y (3): abril 2018
Actividades (2) y (4): abril- mayo 2018
Actividades (5) y (6): septiembre-noviembre 2018
Actividades (7) y (8): junio-noviembre 2018
Actividad (9): diciembre 2018

OBSERVACIONES
Como se refiere en el formato original adjunto, cocoordina el proyecto la Dra Patricia Gracia García, para implantarlo en las seis Unidades de Salud Mental del sector (Sº Psiquiatría del HUMS).

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO
VILLA GAZULLA DAVID
JIMENEZ PUERTAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los diferentes aspectos a tener en cuenta en el estudio.
2. Llegamos a la conclusión, mediante la revisión bibliográfica y el muestreo tumoral de las imágenes TAC de 10 pacientes, que la densidad electrónica promedio más óptima para sobrescribir los ITV era la de valor 1ED.
3. Se han replanificado 10 pacientes cambiando la densidad electrónica del ITV por el valor establecido de 1ED.
4. Se han analizado los indicadores establecidos para estos diez pacientes comparando el tratamiento que se realizó con el calculado cambiando la densidad:
- Cobertura del ITV igual o mejor
- Reducción de dosis en OR
- Reducción de tiempos de tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido el valor de 1ED como valor promedio a modificar en la densidad del ITV.
- Con los 10 pacientes analizados, se observa una tendencia favorable hacia el cambio de densidad del ITV propuesto. En la mayoría de casos, los indicadores obtienen resultados favorables, pero hemos visto que necesitamos más estadística para sacar conclusiones fiables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora ha valorado favorablemente el ritmo seguido en la consecución de tareas programadas en este proyecto, además de comprobar la utilidad de esta propuesta a la hora de reducir las Unidades Monitor de los tratamientos, hecho que conduce a una reducción del tiempo de tratamiento.
No obstante, pese a la tendencia favorable de los resultados obtenidos hacia nuestra hipótesis, hemos comprobado que no tenemos suficiente estadística como para extraer una conclusión fiable. Esto nos lleva a la petición de prorrogar el estudio, como mínimo este próximo año, para poder recabar más pacientes.
No se necesitan recursos extra.

7. OBSERVACIONES.
La muestra de pacientes obtenida no es significativa hasta el momento. Dado que el tratamiento de SBRT pulmonar puede suponer en global, un 3% de los tratamientos del servicio en un año, nos vemos limitados en la muestra de pacientes a analizar, por lo que necesitamos aumentar el tiempo del estudio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/219 ========== ***

Nº de registro: 0219

Título
VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Autores:
ALBA ESCORIHUELA VERONICA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, VILLA GAZULLA DAVID, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Dada mi reciente incorporación en el servicio de Física y PR del HUMS, cuando observé el modo en que se realizaba la técnica de SBRT pulmonar, advertí que en otros centros en los que había trabajado, ya habían implantado una mejora para el tratamiento de esta técnica que consistía en el cambio de la densidad del ITV obtenido como promedio de los tres estudios CT realizados al paciente en fases de inspiración máxima, máxima expiración y respiración libre. Esta modificación es un avance dado que así se consigue reducir la cantidad de radiación que se le emite al paciente sin comprometer su tratamiento en absoluto.
Este cambio no implica ningún consumo extra de recursos, es una mera modificación en el software de planificación del tratamiento que conlleva una reducción de dosis emitida al paciente y por consiguiente una reducción del tiempo de irradiación y por tanto, de energía consumida por el acelerador.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

MÉTODO
Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Pretendemos analizar un mínimo de 10 pacientes ya tratados. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación del los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

INDICADORES
1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:
ITV: D98% > Dp
PTV: D99% > 90% Dp
Comparar máximos, siempre <125% Dp IC < (1,2 – 1,5)

2. Reducir dosis en OR: Dmax, Dmin y Dmed son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad elctrónica.

DURACIÓN
Total: 1 año
1. Definir el valor de la densidad electrónica más apropiada para ajustar a la situación real el comportamiento de la radiación en el ITV. Revisión bibliográfica: (2 meses)
2. Revisión de 10 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (6 meses)
3. Comparar las planificaciones tras la modificación (2 meses):
Cobertura del ITV igual o mejor
Reducción de dosis en OR
Reducción de tiempos de tratamiento
4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Octubre 2018. (2 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID VILLA GAZULLA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
JIMENEZ PUERTAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Obtención del CT de un maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Contorneo de volúmenes de tratamiento con el sistema de planificación MONACO 5.11. Los volúmenes constan de dos cilindros concéntricos que simulan un volumen a tratar y una zona interior que debe recibir una sobre-dosificación. Esta tarea se realizó en el período previsto de 1 mes.

-Creación de diferentes planes con variación de parámetros: Sobre el paciente simulado mediante el maniquí, se crean 20 planes de tratamiento de intensidad modulada dinámica con una primera fase idéntica denominada BASE de 6000 cGy en 30 sesiones y una segunda fase denominada BIAS. Las fases BIAS tienen diferentes prescripciones de dosis: De 600 cGy en 3 sesiones a 1400 cGy en 7 sesiones.
Todos los planes de tratamiento están calculados utilizando los mismos parámetros en el planificador MONACO 5.11 para estudiar de una forma aislada cómo funciona el plan BIAS implementado en este trabajo.

-Definición de 10 puntos de interés en la estructura contorneada de menor volumen en cada uno de los planes con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan BASE: 5 puntos de sobre-dosificación y 5 puntos de infra-dosificación sobre dosis de prescripción de 6000 cGy. La dosimetría del plan BASE es la misma para todos los planes y el la estructura de mayor volumen recibe una dosis mínima de 5637 cGy una dosis máxima de 6217 cGy. El cálculo de los 20 planes de tratamiento y la recolección de las dosis de los 10 puntos definidos sobre cada uno de ellos llevó un tiempo de 5 meses, cumpliendo holgadamente con el objetivo previamente marcado.

-Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los planes de tratamiento BIAS sobre-dosifican correctamente los puntos infra-dosificados e infra-dosifican correctamente los puntos sobre-dosificados para llegar a la dosis prescrita en su plan correspondiente, sin importar la proximidad de la dosis administrada en el plan BIAS respecto de la dosis de prescripción con el plan BASE. A modo de ejemplo, puntos de CT que recibieron 5737 cGy de media en el plan BASE, reciben en el plan BIAS una media de 312 cGy más que aquellos puntos que no sufren infra-dosificaciones. Paralelamente, puntos de CT que recibieron 6154 cGy de media en el plan BASE, reciben en el plan BIAS una media de 181 cGy menos que aquellos puntos que no sufren sobre-dosificaciones.

El factor de modulación relaciona la cantidad de las unidades de monitor (UM) administradas por los aceleradores en los planes de tratamiento con la dosis que reciben los volúmenes de tratamiento y el área de los segmentos dinámicos que el colimador de las máquinas conforma para modular la intensidad.
Se ha comprobado que el factor de modulación de los planes BIAS tiene un factor de modulación medio de 2.7 en comparación con el del plan BASE, que es de 1.3.

La dosis por fracción en los planes BIAS no respeta el fraccionamiento de la prescripción de tratamiento fijada en 200 cGy por sesión. La media de la dosis por sesión es de 212 cGy por sesión.

Para obtener los resultados se ha utilizado un libro de Office Excel 2003, donde se han calculado las medias tanto del factor de modulación como de las dosis indicadas en los párrafos previos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los planes BIAS son capaces de compensar correctamente las sobre-dosificaciones e infra-dosificaciones de un plan de tratamiento previo. Esta compensación la realiza sin importar la proximidad entre la dosis prescrita del plan BASE previo con la dosis prescrita del plan BIAS posterior.

-La diferencia en el factor de modulación del plan BASE respecto del plan BIAS se debe a que los planes BIAS deben modular mucho más la intensidad para compensar las sobre-dosificaciones e infra-dosificaciones observadas en el plan BASE respecto de la dosis de prescripción. Las segmentaciones que propone el planificador MONACO 5.11 son compatibles con los modos de administración de la máquina de tratamiento, de modo que todos los planes de tratamiento podrían etiquetarse como "administrables" en condiciones reales.

-Los planes BIAS no respetan la dosis por fracción debido a la compensación que debe realizar en los puntos infra-dosificados. Este hecho es el único factor en contra para la utilización de este tipo de planes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

-Se desaconseja utilizar los planes BIAS cuando es importante mantener constante la dosis por sesión de los tratamientos de radioterapia.

-Sin embargo, cuando un paciente no completa un tratamiento previo por motivos de averías, choques en la unidad de tratamiento o cualquier otra causa que obligue a realizar una re-planificación, habiendo ya recibido una dosis previa, implementar un plan BIAS en su re-planificación es la opción más adecuada.

-Actualmente el servicio utiliza planes BIAS únicamente en re-planificaciones y no en tratamientos ya finalizados que necesitan un BOOST posterior. Esta forma de proceder se extrae directamente de este trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/249 ========== ***

Nº de registro: 0249

Título
ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

Autores:
VILLA GAZULLA DAVID, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, ALBA ESCORIHUELA VERONICA, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Existen pacientes en nuestro servicio cuyo plan de tratamiento radioterápico implica la existencia de dos fases de irradiación: Una primera fase inicial que denominamos "plan base" en la que a todos los volúmenes de tratamiento se les administra la misma dosis absorbida y una segunda fase que denominamos "plan boost" que sirve para aumentar la dosis en una región determinada (que suele ser el lecho quirúrgico de un tumor maligno) y que se administra posteriormente a la primera y que involucra a los volúmenes que ya han sido irradiados en la primera fase.

Aunque la intencionalidad de la primera fase es administrar la dosis de prescripción de la manera más homogénea posible, siempre hay que admitir una cierta heterogeneidad en la dosimetría clínica asociada, de modo que existirán zonas sobredosificadas e infradosificadas en los volúmenes de tratamiento.

Dicha heterogeneidad debe ser tenida en cuenta por la segunda fase de tratamiento y compensar de alguna manera los excesos y defectos de dosis que provienen de la primer parte. Se realiza por tanto un plan de intensidad modulada que intenta realzar y homogeneizar la dosis en un determinado volumen de tratamiento.

Estos planes de tratamiento de dos fases son denominados "BIAS" en el sistema de planificación MONACO v. 5.11 que estamos utilizando para el cálculo de las dosimetrías clínicas.

Previamente a este estudio, se han detectado anomalías en la forma de las segmentaciones de los planes de intensidad modulada (IMRT) propuestos por el planificador. Incluso en algunos casos, el cálculo no es capaz de llegar a una solución apropiada para los requerimientos de dosis de prescripción establecidos.

La finalidad de este proyecto es realizar un estudio de los parámetros de cálculo de los planes "BIAS" de Monaco para identificar qué variables están afectando tanto positiva como negativamente a la administración de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

RESULTADOS ESPERADOS
Todos los pacientes del Servicio de Radioterapia cuyo esquema de tratamiento implique la administración de dos fases (localizaciones de cabeza y cuello, cadenas ganglionares pélvicas, etc...) se verían beneficiados por los resultados de este estudio, debido a que el proyecto persigue identificar cuáles son los parámetros más relevantes que permiten obtener una mayor calidad en la dosimetría clínica en estos casos.

MÉTODO
Como se trata de evaluar los parámetros del sistema de planificación de tratamientos Monaco v. 5.11 para obtener una dosimetría clínica en planes con dos fases, vamos a aislar la variable paciente-dependiente simulando un único paciente a través de un estudio de imagen CT del maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Sobre estas mismas condiciones iniciales se irán creando diferentes planes de tratamiento sobre dos volúmenes cilíndricos contorneados en el CT, con unos valores determinados de los parámetros que conforman el plan así como la dosis de prescripción y su fraccionamiento, de forma que en el análisis comparativo de los diferentes planes se puedan obtener conclusiones acerca de los parámetros estudiados y cómo afectan esos cambios sobre la calidad del plan.

Los resultados y conclusiones del estudio se pondrán en conocimiento de todos los facultativos del Servicio de Física y Protección Radiológica mediante sesiones informativas, para estandarizar la forma de proceder en la realización de dosimetrías clínicas en pacientes con dos fases de tratamiento.

INDICADORES
-Prescripción y fraccionamiento de la primera fase: Plan base.
-Prescripción y fraccionamiento de la segunda fase: Plan Boost.
-Definición de 10 puntos de interés con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan base: 5 puntos de sobredosificación y 5 puntos de infradosificación sobre dosis de prescricpión.
-Evaluación de diferencias de dosis entre las dosis de los 10 puntos de interés de cada plan y las dosis de prescripción establecidas.
-Número de Unidades Monitor (UM) totales de plan.
-Factor de modulación del plan.
-Índice de homogeneidad del plan.
-Índice de conformación del plan.

Resultados en función de la dosis de prescrpción, fraccionamiento, parámetros de modulación de la intensidad del plan.

DURACIÓN
Duración total: 1 año.

-Obtención del CT y contorneo de volúmenes de tratamiento: 1 mes.
-Creación de diferentes planes con variación de parámetros: 6 meses.
-Análisis de resultados: 3 meses.
-Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RICARDO JARIOD GAUDES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO MARGELI MERCEDES
HIDALGO MENDIA BEGOÑA
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
TERRER PEREZ ISABEL
CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales). Los objetivos se enmarcan en función de los indicadores de los procedimientos operativos. El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del Servicio de Rehabilitación con el Hospital. Las actividades realizadas fueron:
1.-Ordenar y completar la documentación en (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsables: Ricardo Jariod. Elena Martitegui. Begoña Hidalgo.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora y objetivos. Responsables: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Creación de procedimientos de gestión de riesgo y comunicación. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. Mercedes Ferrando.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo. Elena Cercadillo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores	estandar	objetivo	1º TR	2ºTR	3ºTR	4º TR
1.- Satisfacción Global RHB – NEUROLÓGICA-	>8	>8	x9,38	x		9,58
2.- HOSP. Ocupación camas >60%	>60%	45,46	61,38	52,18		60,67
3.- RHB-CEX Indice de sucesivas/primeras <14<14		10,45	8,41	5,35		6,28
4.- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias	>3	>2	x	x	x	x
5.- RHB POSTGRADO: entrevista formalizada>90	>90	100	100	100		100
6,- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de planSi		Si	si	si	no	SI
7.- PREGRADO: encuesta de satisfacción >8 >8 x		8,7	x	9,225		
8,- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado: >0,75>0,5 1,03 1,07 0,99 0,94						

para la obtención del indicador 1se utilizó la encuesta de satisfacción propia. El resto de indicadores manan del cuadro de mandos y de archivos de datos excel propias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
objetivo 1. Mejorar el NPR del fallo: contagio agentes patógenos/Aislamiento. Resultados: Se realizaron acciones formativas a planta/área terapias por el servicio de medicina preventiva –control con firmas-
No se han elaborado los trípticos. Pendiente para 2019.
Objetivo 2. Conseguir correcta adhesión del paciente al tratamiento rehabilitador pautado, empoderando al mismo, haciéndole coparticipe de su evolución a través de objetivos AVD semanales pactados con terapeutas y enfermería/TCAE.
Resultados: Media inferior a objetivo de 90%. Interferencia de los periodos vacacionales con nuevo personal. También puede ser que se registrara información antes de la primera entrega en jueves. O pacientes que por error se les pidiera la hoja semanal y no fueran pacientes de RHB nerurológica. Algunas semanas no se realizaron reuniones semanales TO/ENF por lo que no hubo documentación a entregar a pacientes de nuevo ingreso. Sólo la disponían pacientes de ingreso antiguo y no estaba actualizada. Reconsiderar la sistemática de captura del dato para 2019, al no llegar al objetivo del 90.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/343 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA –ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares –ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido –UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,…) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos,etc…) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido –ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así trasformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera –documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.-Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

```
Valoración de otros apartados
-----------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..............................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ......................: 4 Mucho
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 - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GARCES CARDOS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA
DEL PIE DIESTRE NURIA
SANCHO GARCIA MARIA MAR
VALER PELARDA ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la constitución oficial del grupo de mejora hasta Febrero de 2019, se realizaron las siguientes actividades:
- Elaboración de los protocolos siguientes que han sido presentados a la Comisión de Cuidados de Enfermería estando actualmente en proceso de evaluación:
o Protocolo de confección de asiento de yeso para niños
o Protocolo de confección de bipedestadores de yeso para niños

- Adquisición de los materiales necesarios para la confección de los dispositivos de posicionamiento de yeso.
- Realización de los diferentes dispositivos de posicionamiento: asientos, standings (bipedestadores) y ministandings
- Valoración del grado de satisfacción de los padres a través de una escala Likert adaptada para dicho propósito con 5 niveles que van desde “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:
- Nº de dispositivos realizados:
o Asientos pélvicos: 15
o Standings (bipedestadores): 22
o Mini-standings: 4
- Escala de satisfacción de la familia: del número total de encuestas de satisfacción entregadas a los padres, se ha obtenido un 95.45% de resultados positivos [36.36 % con puntuación media = 3 (aceptable) y un 59.09 % = 4, (satisfecho y muy satisfecho)]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera que es muy importante continuar este proyecto en el futuro ya que a los pacientes les proporciona un importante beneficio terapéutico, que supone una mejora en la calidad asistencial prestada.

Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

7. OBSERVACIONES.
Además de los resultados positivos obtenidos en las encuestas de satisfacción cumplimentadas por los padres, como fisioterapeutas afirmamos que la incorporación de estos dispositivos a nuestro trabajo diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones en el hospital, y en una mayor autonomía y bienestar del niño.
La evidencia científica actual ha demostrado que el uso de estos dispositivos de forma continuada contribuye a mantener o aumentar la densidad ósea y favorecer el desarrollo acetabular promoviendo un desarrollo musculoesquelético adecuado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/209 ========== ***

Nº de registro: 0209

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Título
CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Autores:
GARCES CARDOS MARIA TERESA, DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA, SANCHO GARCIA MARIA MAR, VALER PELARDA ANA CARMEN, DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: AUMENTO DE LA EFICACIA A BAJO COSTE PARA EL SISTEMA SANITARIO Y PARA LAS FAMILIAS

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

PROBLEMA
En nuestra práctica diaria, nos encontramos con niños que por su diversa patología (parálisis cerebral infantil, hipotonías inespecíficas, enfermedades neuromusculares…), no tienen un buen control postural, lo que les impide el desarrollo de otras habilidades tales como la manipulación, alimentación y/o desplazamiento.
Del mismo modo, el mantenimiento de posturas incorrectas provoca deformidades, acortamientos músculo-esqueléticos, y que se produzcan cargas asimétricas y posturas compensatorias.
Además, la ausencia de bipedestación en niños a partir de 12-15 meses, conlleva el incorrecto modelaje de la articulación de cadera, provocando un gran riesgo de displasia de cadera y subluxación.
Los sistemas de posicionamiento elaborados con yeso, nos permiten mantener al niño en una posición adecuada, que facilita funciones básicas como la alimentación y la respiración, así como otras habilidades funcionales como la manipulación, juego… También ayuda a prevenir la aparición de patrones posturales incorrectos incrementando la libertad de movimiento y el bienestar.

La incorporación de estos dispositivos al trabajo fisioterapéutico diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones de tratamiento en el hospital, además de favorecer la autonomía del niño y aumentar su bienestar y el de su familia.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la eficacia del tratamiento fisioterápico en este perfil de pacientes y dotarles de la máxima autonomía posible.

La población diana sería:
- EDAD: niños hasta tres años de edad o hasta escolarización en colegios de educación especial o de integración motora.
- SEXO: ambos sexos.
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Cualquier patología que provoque alteraciones en la postura de sedestación, o implique la necesidad de colocar en bipedestación a un niño que no es capaz de mantener esta posición, o al menos, no de una forma correcta.

Patologías en las que se haga necesario trabajar ajustes posturales en cadera y tobillo para mejorar el equilibrio.

MÉTODO
- Identificación precoz de los niños a los cuales un sistema de posicionamiento les facilitaría la consecución de sus funciones básicas y habilidades funcionales.
- Realización de una valoración individualizada para decidir cuál es el sistema de posicionamiento más adecuado para su caso.
- Elaboración del dispositivo con vendas de yeso, moldeándolas sobre el cuerpo del niño, para poder personalizarlo y ajustarlo a las necesidades particulares de cada uno.

INDICADORES
Indicadores:
- Nº de dispositivos realizados:
  - Asientos pélvicos
  - Standings

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

o Mini-standings
• Escala de satisfacción de la familia: se utiliza una escala Likert con 5 niveles que van desde “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”.

La evaluación se realizará anualmente.

DURACIÓN
Se realizará una formación en la realización de estos dispositivos de posicionamiento a todos los fisioterapeutas que trabajan en la Unidad de Fisioterapia Infantil.
La actividad no será programada, sino que se llevará a cabo cuando se detecte la necesidad de realizar algún tipo de sistema de posicionamiento en los pacientes.
El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo puesto que se trata de una mejora en la calidad asistencial de estos pacientes.

OBSERVACIONES
Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELVIRA PEZONADA UTRILLA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU MORENO CRISTINA
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
FERNANDEZ SIMON FATIMA
RAMO CERVERA MARIA PILAR
LAFUENTE SERRANO VIRGINIA
FERRANDO MARGELI MERCEDES
JARIOD GAUDES RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la creación del grupo de trabajo se han registrado los datos de los pacientes tanto de Daño Cerebral Adquirido (DCA) como de Lesionados Medulares (LM) de la planta de Neurorehabilitación (NRHB), cumplimentando el 87,5% de los pacientes de DCA y el 84% de los pacientes de LM según los formatos diseñados en el grupo de mejora.
Se han realizado las correspondientes reuniones del equipo multidisciplinar, convocadas los jueves a las 14:00 horas, formando parte de ellas una Terapeuta Ocupacional, una Fisioterapeuta, una Enfermera de la planta, una TCAE de la planta, y un Celador. En dicha reunión se ponen en común los logros de los pacientes en sus objetivos, así como las incidencias de la semana, la colaboración con las familias y la comunicación del equipo entre sí.
La terapeuta ocupacional se encarga de la recogida de los nuevos objetivos que tiene que alcanzar el paciente, y cumplimenta las hojas de registro de control y de objetivos de los avances del paciente en su proceso de rehabilitación. Las hojas de objetivos se reparten cada una a su correspondiente paciente para que ellos y sus familias trabajen todo el día las habilidades conseguidas durante las terapias. Otra copia se entrega al equipo de enfermería para estar informadas de dichos avances, y otra copia queda recogida en una carpeta para que el resto de profesionales puedan informarse de los objetivos conseguidos. La hoja de control queda en la carpeta para uso exclusivo de los diferentes profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
• Nº de pacientes de DCA:
Año 2017……..44 pctes.
Año 2018……..50 pctes.
• Nº de pacientes de L.M.
Año 2017……..48pctes.
Año 2018……..42pctes.

Media de semanas de tratamiento de Pacientes DCA
En el año 2017 las medias fueron:
• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……...2,4 SEMANAS/PCTE
2 TRIMESTRE……..5,3 SEMANAS/PCTE
3 TRIMESTRE……..5,1 SEMANAS/PCTE
4 TRIMESTRE……..4,4 SEMANAS/PCTE

• ANUAL……7,8 Semanas de tratamiento por paciente.

En el año 2018 las medias fueron:
• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……...2,3 SEMANAS/PCTE
2 TRIMESTRE……..3,5 SEMANAS/PCTE
3 TRIMESTRE……..6,8 SEMANAS/PCTE
4 TRIMESTRE……..3,4 SEMANAS/PCTE

• ANUAL……4,3 Semanas de tratamiento por paciente.

Media de semanas de tratamiento de Pacientes L.M.
En el año 2017 las medias fueron:
• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……...2,3 SEMANAS/PCTE.
2 TRIMESTRE……..4,8 SEMANAS/PCTE.
3 TRIMESTRE……13,3 SEMANAS/PCTE.
4 TRIMESTRE……12,1 SEMANAS/PCTE.

• ANUAL……9,5 Semanas de tratamiento por paciente.

En el año 2018 las medias fueron:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……....2,7 SEMANAS/PCTE.
2 TRIMESTRE…….5,7 SEMANAS/PCTE.
3 TRIMESTRE…….5,1 SEMANAS/PCTE.
4 TRIMESTRE…….8 SEMANAS/PCTE.

• ANUAL……5,8 Semanas de tratamiento por paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda demostrado que la implicación por parte de pacientes y familiares en su tratamiento, así como la comunicación semanal entre el equipo multidisciplinar es importante para el la consolidación de los objetivos marcados por parte de las diferentes terapias.
El tiempo de tratamiento se ve reducido considerablemente, por lo que se reduce el número de semanas del paciente ingresado en la planta de Neurorehabilitación.

7. OBSERVACIONES.
La tendencia actual a considerar al paciente como un agente activo en su proceso de salud es la base de este proyecto de mejora, de tal forma que la implicación de las personas con problemas de DCA y LM y sus familiares en el proceso de rehabilitación tiene resultados positivos tanto en la reducción del tiempo de tratamiento como en la calidad y cantidad de los avances.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/955 ========== ***

Nº de registro: 0955

Título
EQUIPO MULTIDISCIPLICAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEURORREHABILITACION

Autores:
PEZONADA UTRILLA ELVIRA, LOU MORENO CRISTINA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERNANDEZ SIMON FATIMA, RAMO CERVERA MARIA PILAR, LAFUENTE SERRANO VIRGINIA, FERRANDO MARGELI MERCEDES, JARIOD GAUDES RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
Los pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) y Lesión Medular (LM) ingresados en la planta de neurorrehabilitación (PNR) del H M. Servet de Zaragoza (HUMS), no incorporan habilidades conseguidas durante las sesiones de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional durante el resto de la jornada.
Los pacientes con DCA y LM, ingresados en la PNR del HUMS, que reciben tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, consiguen durante las sesiones aumentar su nivel de autonomía. Cuando vuelven a la habitación, retoman el rol de paciente pasivo que precisa mucha ayuda del personal de la planta y de sus familiares.

PROFESIONALES/PACIENTES AFECTADOS

? Pacientes LM ingresados en la PNR del HUMS.
? Pacientes con DCA ingresados en la PNR del HUMS.
? Familiares y cuidadores de los pacientes con DCA y LM ingresados en la planta de neurorrehabilitación del HUMS
? Enfermeras, TCAE y celadores de la planta de neurorrehabilitación del HUMS.
? Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas.

CAUSAS
Por parte de personal de planta, hay un desconocimiento de las habilidades del paciente, por la falta de comunicación entre profesionales.
Por parte del paciente tiene una actitud pasiva en la mayoría de los casos, debido a la creencia de que esta en el hospital para estar atendido en todas sus necesidades, así no pone en marcha sus aprendizajes y porque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

la familia suele ser sobre protectora.

CONSECUENCIAS
? El proceso de autonomía del paciente se alarga.
? Aumenta el tiempo de ingreso.
? Dificultad de los familiares y cuidadores para manejar la situación de discapacidad del paciente.
? Sobrecarga del personal de la planta.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar y mejorar el grado de conocimiento del personal de la planta de las habilidades del paciente.

Conseguir que el paciente ingresado en la planta de neurorrehabilitación, integre las habilidades adquiridas con el tratamiento en las unidades de Terapia ocupacional, Fisioterapia, Logopedia y Enfermería, para su aplicación durante su estancia en el hospital durante toda la jornada.

MÉTODO
? Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar de los profesionales implicados, una terapeuta ocupacional, una fisioterapeuta, una TCAE, un enfermero y un logopeda. Este grupo estará liderado por la terapeuta ocupacional que será asignada según necesidades del servicio.
? Diseño de un formato “Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con DCA” basado en una modificación de la escala Barthel, para recoger y trasmitir la información sobre las habilidades del paciente con DCA a todo el personal de las diferentes unidades.
? Diseño de un formato “Formato Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con LM” basado en una modificación de la escala SCIM, para recoger y trasmitir la información sobre las habilidades del paciente con LM a todo el personal de las diferentes unidades.
? Diseño de un formato de objetivos semanales a conseguir por el paciente, para transmitir la información a estos y a sus familiares.
? La terapeuta ocupacional asignada, recoge información de logopedas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas sobre las habilidades adquiridas por los pacientes durante la semana en las sesiones de tratamiento y las anota en los formatos anteriormente citados que quedan a disposición de todos los profesionales para su consulta y modificación. Será la responsable de custodiar los formatos y transcribir los datos al formato digital. Se le asignarán 2,5 horas semanales dentro de su jornada laboral para actualizar la información y solventar las incidencias.
? Todos los profesionales anotarán los cambios u observaciones sobre los avances de los pacientes en estos formatos.
? El grupo multidisciplinar se reunirá una vez a la semana. Se pone en común en qué punto del tratamiento está y cómo evoluciona el paciente, si ha conseguido los objetivos semanales, así como los objetivos específicos a conseguir marcados para la siguiente semana. Se revisan también las incidencias que surgen entre el equipo de enfermería (TCAE y enfermeras) y los pacientes al aplicar la recuperación integral continuada.
? Todos los integrantes del equipo son los encargados de trasmitir la información relevante a sus compañeros, así mismo, los diferentes profesionales se encargarán de informar a los pacientes/familiares de los objetivos a conseguir en sus respectivas áreas.

INDICADORES
? % de pacientes ingresados en la planta de neurorrehabilitación de los que se cumplimentan los formatos correspondientes.

Numerador: nº de pacientes con los formatos cumplimentados
Denominador: nº de pacientes totales ingresados en la planta de neurorrehabilitación.
Estándar: 95%

• Número de semanas que tarda el paciente en utilizar en la planta los objetivos propuesto por el equipo.
Nº de semanas: 2

DURACIÓN
Actualmente al grupo de trabajo está constituido y se han diseñado los formatos. Se recogerán los datos del segundo semestre de 2018, para evaluar la eficacia de la medida adoptada. Si se demostrara su eficacia se instaurará en el servicio como práctica habitual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1496

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
ARAGÜES BRAVO CARLOS
PEÑA GIMENEZ ANA
SIGÜENZA ARNEDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha presentado el proyecto en sesión clínica en los servicios de Rehabilitación y Hematología.
Por motivos ajenos y no poder disponer de una consulta compartida, las consultas se comenzaron en enero. Por ello no se han realizado todavía los indicadores. En cuanto al documento informativo estamos en fase de redacción, estando en breve disponible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado un grupo de trabajo con facultativos de los servicios de Rehabilitación y Hematología así como enfermería de Hematología.
Se ha puesto ya en marcha una consulta conjunta, con periodicidad mensual, en la que se valoran pacientes hemofílicos. Por el momento solo aquellos que tienen afectación osteoarticular manifiesta ya conocida. Se irá haciendo extensible, progresivamente, a los recientemente diagnosticados para incidir en la prevención.
La consulta ha tenido una muy buena acogida por parte de los pacientes. Está pendiente realizar la encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se organizó un curso de formación dirigido a ambos servicios, impartido por hematólogos y rehabilitadores de la Unidad multidisciplinar de Hemofilia del Hospital La Paz.
En la actualidad se trata de un proyecto sostenible, dado que las necesidades materiales no son costosas : podoscopio, ecógrafo (ya disponible)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1496 ========== ***

Nº de registro: 1496

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

Autores:
GARCIA GALAN MARIA JOSE, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, ARAGÜES BRAVO CARLOS, PEÑA GIMENEZ ANA, SIGÜENZA ARNEDO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1496

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

La afectación osteoarticular en los pacientes con hemofilia puede ocasionar un deterioro de la calidad de vida de los mismos. En las formas graves un 90% de los episodios hemorrágicos afectan al sistema musculo-esquelético, estando afectadas diferentes articulaciones en el 80%. Los episodios iniciales de hemartros se producen en la infancia al iniciar la deambulación y se pueden reiterar a lo largo de toda la vida del paciente. Un factor crítico para evitar la artropatía hemofílica es la detección y el tratamiento precoz de la afectación del sistema musculo-esquelético en los pacientes con hemofilia.

El objetivo primordial en estos pacientes es mantener las articulaciones con el rango articular libre, mejorar el tono muscular, así como prevenir secuelas y deformidades que puedan causa incapacidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer una asistencia multidisciplinar y colaborativa al paciente hemofílico entre el servicio de Rehabilitación y el de Hematología del HUMS.
2. Prevenir la afectación articular en los pacientes hemofílicos atendidos en el Hospital Miguel Servet.
3. Detección precoz de los signos de afectación articular hemofílica (inflamación, sinovitis y/o artropatía establecida). Identificar los pacientes con artropatía establecida que puedan beneficiarse de terapia rehabilitadora.
4. Establecer un tratamiento precoz en los pacientes con criterios de terapia rehabilitadora.

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
2. Establecer una consulta conjunta mensual entre los servicios de Hematología y Rehabilitación del HUMS para la atención del paciente con hemofilia.
3. Confeccionar un documento informativo para prevenir o mejorar las manifestaciones osteoarticulares de la hemofilia.
4. Presentación del proyecto de mejora en sesión clínica a los servicios implicados.
5. Encuesta de satisfacción a los pacientes.

INDICADORES

- Número de pacientes con hemofilia A y B graves atendidos en consulta de Rehabilitación /Número total de pacientes con hemofilia grave.
  Objetivo: 50% pacientes el primer año
- Número de pacientes hemofílicos que inician el tratamiento rehabilitador en menos de 28 días / Número de pacientes hemofílicos a los que se pauta tratamiento rehabilitador.
  Objetivo: 80% de los pacientes que inician rehabilitación en < 28 días
- Realización de un documento informativo consensuado entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
  Objetivo: documento realizado y difundido.

DURACIÓN

- Consolidar el grupo de trabajo multidisciplinar: Septiembre 2018.
- Crear consulta multidisciplinar: Octubre 2018.
- Elaborar documento informativo: Diciembre 2018.
- Valoración de indicadores: 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 - 2018/0216

1. TÍTULO

ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
NIETO VICENCE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La responsable de calidad del servicio confeccionó una plantilla, donde los facultativos que realizaban las consultas on line anotaban diariamente los datos correspondientes a los indicadores del proyecto y que posteriormente era pasada a una hoja de Excel por nuestra administrativa para poder hacer los análisis pertinentes.
Igualmente la Dra. Pecondón ha presentado los resultados parciales de forma cuatrimestral en sesión clínica, donde se comentaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El nº total de consultas on line realizadas en nuestro servicio de reumatología han sido de 1.650 en el periodo de tiempo de 1 enero 2018 a 31 de diciembre 2018
2. De estas, los pacientes que han sido derivados o citados para visita presencial en alguna de nuestras consultas de reumatología general han sido un total de 855 pacientes, lo que supone el 51,8% con respecto al todas las consultas realizadas on line.
3. Así mismo han sido derivados para visita presencial a alguna de nuestras consultas monográficas un total de 164 pacientes, lo que representa el 10% de todas las consultas realizadas on line.
4. Han sido devueltos a MAP un total de 631 pacientes, que es el 38,2% del total de las consultas on line realizadas
5. De ellas han sido devueltas por no ser adecuadas un total de 314 pacientes (49,8% de los pacientes devueltos). Los resultados parciales de las causas han sido los siguientes:
a. Pacientes remitidos con información clínica insuficiente han sido un total de 84, lo que representa el 26,8% de los pacientes devueltos por no ser adecuada dicha información para resolverla on line.
b. Pacientes remitidos por esta vía para consultas de revisiones, han sido un total de 71 pacientes, lo que representa 22,6% de los pacientes devueltos por no ser adecuada esta via on line, ya que estos pacientes se citan en los centros de las consultas.
c. Pacientes cuyas características no se ceñían a los protocolos previamente establecidos UME (unidad musculoesqueletica) han sido un total de 159, lo que representa el 50,6% de las derivaciones inadecuadas.
6. El número de consultas resueltas correctamente solo por via on line, sin precisar citación presencial, han sido 178, lo que representa el 10,8% con respecto al número total de consultas on line.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema on line y la información que se deriva nos parece muy interesante

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/216 ========== ***

Nº de registro: 0216

Título
ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, NIETO VICENTE MARIA JESUS, VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora en la organización funcional del servicio que nos va a permitir entre otras cosas dirigir de forma más específica determinadas patologías hacia consultas monográficas. Es por eso que queremos recabar información de distintos aspectos, algunos relativos a la actividad y otros para detectar deficiencias de funcionamiento y así poder subsanarlas en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer el nº de consultas online recibidas durante el año 2018
2. De ellas hacer un análisis para:
a. Saber qué proporción de pacientes han sido remitidos a las consultas de reumatología general
b. Conocer qué cantidad hacia las unidades monográficas (EAS, OP, artritis precoz...).
3. Detectar el porcentaje de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada y por lo tanto devueltos a AP
a. Por falta de información clínica (no se le ha solicitado mínimas pruebas complementarias…)
b. Por uso inadecuado de la canalización como es el caso de solicitar revisiones.
c. Porque la derivación no se ciñe a los protocolos UME (desconocimiento)
4. Qué cantidad de consultas han sido resueltas completamente por esta vía, sin precisar cita presencial.

MÉTODO
1. Recogida diaria de los datos a través de una hoja de Excel por cada uno de los facultativos que realicen la tarea on line con ayuda de personal administrativo (secretaria), que será la persona encargada de trasladarlos a la hoja de cálculo.
2. Análisis de resultados cuatrimestralmente.
3. Información de los resultados a todos los miembros del servicio en sesión clínica cuatrimestralmente.
4. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y del grupo de mejora.

INDICADORES
1. Nº total de consultas on line realizadas en el año 2018
2. % de pacientes remitidos a las consultas de reumatología general (nº pacientes remitidos a consultas de RG/nº total de consultas on line)
3. % de pacientes derivados a las consultas monográficas (nº pacientes remitidos a unidades monográficas/nº total de consultas on line).
4. Número total de derivaciones no pertinentes, devueltos a AP
5. % de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada (nº pacientes devueltos a AP) /nº total de consultas on line)
a. % de pacientes remitidos sin información clínica relevante (pacientes remitidos sin información clínica relevante/ número total de derivaciones no adecuadas)
b. % uso de canal derivación para revisiones (nº pacientes remitidos por revisiones/ número total de derivaciones no adecuadas)
c. % derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME (unidad musculo-esquelética) (nº de derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME / número total de derivaciones no adecuadas)
6. Nº total de consultas on line resueltas completamente sin precisar citación presencial.
a. % de consultas resueltas completamente (nº de consultas resueltas on line /nº total de consultas on line)

DURACIÓN
1. La duración será de un año (2018)
2. Recogida diaria de la información. Responsables Srta. Mª Jesús Nieto Vicente (administrativa) y los facultativos encargados de la recepción de las consultas on line (Dres: Lesta Arnal, Medrano San Ildefonso, Meriño Ibarra, Vázquez Galeano, Pecondón Español)
3. Análisis de los resultados: abril, agosto y diciembre. Responsable Dra. A. Pecondón
4. Información de los resultados a los miembros del servicio cuatrimestralmente en horario de sesión clínica, donde se harán las propuestas de mejora (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
NIETO VICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El Dr Beltrán, como experto en la materia realizó un documento sobre osteoporosis, que luego fue discutido en distintas reuniones en sesión clínica por el resto del equipo de facultativos y finalmente consensuado en julio del 2018.
Dicho documento se realizó en base a las recomendaciones más recientes de diferentes sociedades científicas. En él se responde a las siguientes cuestiones:
- Población de riesgo. Screening DXA (densitometrica)
- ¿A quién tratar?. FRAX. Niveles de riesgo de fractura.
- Opciones terapéuticas
- Cuando remitir a especializada
- ¿Con qué frecuencia y cómo se recomienda hacer el seguimiento? DXA y utilidad de los marcadores de remodelado.

Este documento sirve de soporte de forma interna a nuestros facultativos para responder de forma uniforme a estas cuestiones cuando se realizan por via on line.
2. Igualmente los Dres J Marzo (como especialista en la materia) y la Dra A. Pecondón realizaron un documento para el manejo de los pacientes con Fibromialgia en Atención Primaria, que fue finalmente consensuado por el resto de los facultativos en julo del 2018.
Dicho documento es el que estamos enviando a los médicos de atención primaria cuando nos solicitan interconsulta on line y que posteriormente en octubre 2018 se remitió a la consejería del Salud, donde están realizando un protocolo multidisciplinar sobre el tema.
3. Por último, la responsable de calidad del servicio confeccionó una plantilla, donde los facultativos que realizaban las consultas on line anotaban diariamente los datos correspondientes a los indicadores del proyecto y que posteriormente era pasada a una hoja de Excel por nuestra administrativa para poder hacer los análisis pertinentes. Los resultados parciales han sido presentados por la responsable de calidad de forma cuatrimestral en sesión clínica, donde se comentaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El número total de consultas on line recibidas desde abril (momento en que empezamos a recoger información) a diciembre 2018 sobre cuestiones de osteoporosis a partir de abril del 2018 han sido un total de 18.
2. De las cuales se han resuelto sin citación presencial el 67% (un número total de 12).
3. El número total de consultas recibidas on line sobre Fibromialgia (momento en que empezamos a recoger información) desde abril a diciembre del 2018 han sido un total de 83
4. De las cuales se han resuelto sin citación presencial el 100% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora muy positivamente el tener documentos que uniformizan respuesta sobre los temas de fibromialgia y osteoporosis

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/217 ========== ***

Nº de registro: 0217

Título
DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZALIZACION ON LINE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, NIETO VICENTE MARIA JESUS, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora para disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de AP en cuanto al manejo de determinadas patologías muy prevalentes: Osteoporosis, Fibromialgia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aportar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes con OP y cuando derivarlos a Reumatología
2. Proporcionar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia.

MÉTODO
1. Elaboración de documento para el manejo de pacientes con OP, que incluya: información precisa sobre:
a. Población de riesgo: Screening densitometría ósea (DXA).
b. ¿A quién tratar? FRAX. Niveles de riesgo de fractura
c. Opciones terapéuticas.
d. ¿Cuándo remitir a especializada?
e. ¿Con qué frecuencia y como se recomienda hacer el seguimiento? DXA, utilidad de los marcadores remodelado.
2. Realización de documento sobre el manejo en AP de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia
3. Evaluación del porcentaje de consultas on line que se resuelven correctamente con este formato de respuesta

INDICADORES
1. Nº total de consultas on line sobre osteoporosis realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
2. % de consultas on line sobre OP que se resuelven correctamente (nº consultas on line que se resuelven/nº total de consultas on line sobre OP)
3. Nº total de consultas on line sobre Fibromialgia realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
4. % de consultas on line sobre fibromialgia que se resuelven correctamente (nº consultas on line que se resuelven/nº total de consultas on line sobre fibromialgia)

DURACIÓN
1. La duración prevista será de marzo 2018 a diciembre 2018.
2. Elaboración del documento sobre manejo de la Osteoporosis que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Beltrán Audera.
3. Elaboración del documento sobre manejo de la Fibromialgia, que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Marzo Gracia.
4. Análisis de los resultados: junio y diciembre del 2018. Responsable Dra. A. Pecondón
5. Información de los resultados a los miembros del servicio en horario de sesión clínica, donde se harán propuestas de mejora si es caso. (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
SANCHEZ CHUECA PILAR
ZAPATERO DE CASTILLA MAYA
LAPRESTA MOROS CARLOS
VILLABONA RESANO JULIA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El sistema informático, base fundamental del estudio para la recogida de datos, se ha estado actualizando y modificando de forma continúa durante este pasado año 2018, para mejorar todos los parámetros medibles referentes a los pacientes ingresados. Por este motivo, ha sido imposible realizar la exportación de datos tal y como estaba previsto y no se ha podido realizar el proyecto.
El grupo de trabajo creado para el proyecto, decidió intensificar la formación continuada al personal de forma dinámica, adaptándose a las modificaciones dentro del programa informático, con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas del proyecto.
Durante el periodo vacacional, debido a la alta rotación de personal, se impartió de forma programada un curso de actualización para todo el personal de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a que no se ha podido concluir el proyecto, los resultados del mismo se mostrarán en la memoria 2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La dificultad de crear una base de datos adecuada y específica para las necesidades de nuestro estudio, así como la dificultad en la homogeneización de criterios en la recogida de las variables demandadas para el estudio, por parte de todo el personal. Todo ello es debido, a que va a ser la primera vez que se realiza una exportación de datos de estas características.

7. OBSERVACIONES.
En el momento que se dé por finalizado la reestructuración del programa informático se iniciará la recogida de datos de acuerdo al proyecto presentado.
Independientemente de la imposibilidad de la recogida de datos se ha seguido trabajando en la formación del personal y en los cuidados de los pacientes según el protocolo UPPZERO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/43 ========== ***

Nº de registro: 0043

Título
UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:
ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

PROBLEMA
Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.
Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya
que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que
disminuyen la perfusión periférica.
Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler
a 35º, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión.
Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.
Esta sistemática de trabajo incluye:
- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

MÉTODO
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES
- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

```
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0148

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA MOLINOS OLGA
LOPEZ HERRERO PILAR
ANDRES CASTILLO EVA
ANDRES CASTELL NOELIA
SANCHO BAYONA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un registro de la situación nutricional del enfermo al ingreso, durante el ingreso y al alta en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido cribar un porcentaje de pacientes ingresados en UCI superior al 50%. Haciéndose una valoración nutricional adecuada y un seguimiento de las complicaciones asociadas al soporte nutricional de estos enfermos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se debe realizar cribaje nutricional al ingreso. El soporte nutricional se asocia a muchas complicaciones por lo cual se debe hacer un seguimiento analítico reglado. Un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en UCI tienen riesgo elevado de sufrir desnutrición relacionada con la enfermedad. Y a consecuencia de ello un porcentaje elevado salen con severa debilidad asociada a UCI, conocer estos hechos motiva a potenciar un adecuado manejo y seguimiento del soporte nutricional

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/148 ========== ***

Nº de registro: 0148

Título
REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

Autores:
OSTABAL ARTIGAS ISABEL, SANCHO BAYONA ISABEL, VILLANUEVA FALO CASIMIRO, LINARES CASTRO ANA, BERNI RUIZ CRISTINA, BERNI RUIZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) constituye un problema de alta prevalencia y elevados costes económicos para la sanidad española. Países más concienciados que el nuestro en este tema como es Holanda llevan décadas estableciendo estrategias en todos los niveles sanitarios para detectar los casos y tratarlos. Se calcula que entre el 25 y el 35% de los pacientes la padecen en el momento del ingreso hospitalario, hecho no asumible si pensamos que estos enfermos ingresan en el hospital ya desnutridos y se les va a someter a terapias intervencionistas o cirugías que producen una reacción inflamatoria sistémica severa, mermando todavía más su situación inicial. También se sabe que un 9,6% del total de pacientes que son egresados del hospital, sufren desnutrición moderada o severa, que previamente no tenían y que merma su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0148

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

recuperación y su calidad de vida.
La desnutrición puede ser la causa y consecuencia de la enfermedad y lleva peores resultados en salud en todos los niveles asistenciales. El riesgo nutricional tiene consecuencias:
- Para el paciente que pierde calidad de vida, y aumenta su morbilidad y mortalidad por complicaciones como las dehiscencias de suturas, las úlceras de decúbito, las infecciones, la insuficiencia respiratoria y la sarcopenia.
- Para el profesional, que se tiene que enfrentar a un paciente más frágil, complicado y con menos garantías de éxito.
- Para la institución, el tratamiento de un paciente desnutrido puede costar hasta un 50% y la estancia media prolongarse.

Actualmente, la Unión Europea junto con todos sus países miembros incluidos España, han liderado el proyecto alianza más nutridos, cuya misión es concienciar a todos de este grave problema, de sus consecuencias, establecer métodos de cribado en todos los niveles asistenciales, valorar al paciente desnutrido y tratarlo, para mejorar resultados y reducir gastos.Un paciente para el cual conservar un buen estado nutricional es fundamental es el paciente crítico, dado que durante su estancia en Uci se somete a riesgos de desnutrición que terminan en muchos casos depauperando al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
REALIZAR UN REGISTRO DE LA DRE AL INGRESO, DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA, PARA PODER DISPONER DE UNA BASE DE DATOS QUE NOS DE INFORMACIÓN DEL PROBLEMA

MÉTODO
-APLICACION DE DISTINTAS ESCALAS Y CONTROL DE PARAMETROS NUTRICIONALES

INDICADORES
Nº DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL REGISTRO DE DRE/Nº DE PACIENTES INGRESADOS

DURACIÓN
DESDE 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 - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA TRILLO MARTINEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
SOLANO BERNAD VICTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
NOYA CASTRO CARMEN
MONREAL HIJAR ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos el cronograma y varias reuniones para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Los impresos de solicitud e informe se han colgado y se pueden descargar de la intranet. Se han realizado las instrucciones que ya son aplicadas por la unidad, han sido aprobadas por Dirección y van a ser colgadas próximamente en la intranet. El formulario para realizar la solicitud online está realizado y se ha enviado a colgar en la web recientemente, aún no ha sido utilizado. Se dará publicidad enviando correos a personas clave e informando en el banner de la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación al calendario previsto no ha sido cumplido en su último trimestre por la situación de la unidad, con cambio de personal y nueva distribución de funciones.
El indicador número de reuniones se ha cumplido.
El indicador certificados realizados cumpliendo estándares se ha cumplido con un seguimiento de las instrucciones por parte del personal que los realiza muy comprometido.
Dentro del indicador solicitudes realizadas online, contabilizamos las solicitudes por correo electrónico ya que todavía no es posible realizar la solicitud propiamente online, ha tenido mucha aceptación y se ha llegado a cumplir el objetivo del 30% propuesto para el primer año, por lo que esperamos que se alcance la solicitud mayoritaria sin papel en el próximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos terminando la implantación del proyecto ya que todavía falta poder realizar la solicitud online y darle publicidad, la elaboración de las instrucciones ha servido para establecer el cauce y requisitos claros, dando transparencia y evitando discriminaciones.
Proyecto sostenible ya que marca el principio de actuación de la unidad para emitir certificados, siendo replicable en otros ámbitos en los que también se realizan como ej. personal.
El siguiente paso será incorporar la firma electrónica que dará un punto de inflexión siendo entonces cuando se descarte el papel al ser todo el procedimiento electrónico y mucho más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1387 ========== ***

Nº de registro: 1387

Título
REALIZACION DE INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Autores:
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, SOLANO BERNAD VICTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo en la C.A. han multiplicado los requerimientos de certificados. Al no existir unas instrucciones previas, se han detectado problemas para tener evidencias que permitan realizar una valoración objetiva, por tanto, es necesario realizarlas, estableciendo un protocolo con criterios explícitos y objetivos que eviten discriminaciones y facilitando la labor al personal que debe realizarlos. La Resolución 11/4/18 de la D.G. de asistencia sanitaria del Dpto. de Sanidad del Gob. de Aragón regula las comisiones clínicas y grupos de trabajo en los centros sanitarios y aporta criterios que deberán incorporarse, además la tramitación electrónica según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento, debe constituir la actuación habitual de las AAPP,sirve mejor a los principios de eficacia y eficiencia, y refuerza las garantías de los interesados. La constancia de documentos y actuaciones en un archivo electrónico facilita el cumplimiento de las obligaciones de transparencia, y permite ofrecer información puntual, ágil y actualizada.Por ello se van a informatizar los modelos de solicitud de la UCA, dando así a los solicitantes mayor facilidad para su obtención.

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de instrucciones consensuadas con la Dirección para su conocimiento por todo el personal para realizar certificados con seguridad, objetividad y transparencia.Facilitar al personal de la Unidad la confección de certificados, consiguiendo un mejor aprovechamiento del tiempo y una mayor calidad de la actividad.
Mejorar el cauce de solicitud con la eliminación progresiva del papel y el consiguiente ahorro que conlleva: espacio para almacenar documentación, en trabajos de administración, tiempo y dinero. Acercar a los solicitantes la Unidad facilitando los impresos, la descarga del documento, cumplimentación y envío que se podrá realizar durante las 24 h.Conseguir mayor eficacia en la realización de los certificados al tener toda la información digital.

MÉTODO
Reuniones periódicas del equipo para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Despliegue de los requisitos a solicitar para la justificación de la emisión de los certificados. Archivo de documentación en Base de datos. Creación de instrucciones disponibles en la web detallando el proceso de solicitud y las formas de contacto con la UCA. Incorporación a la web de los informes y solicitudes en formato Word y un acceso de solicitud electrónico. Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Calidad. Acuerdo con Dirección. Publicidad en intranet y correos a personas clave para su difusión.

INDICADORES
A partir de la realización será necesario su cumplimiento para todos los certificados. Se utilizarán como indicadores:Número de reuniones del grupo de trabajo en los 12 meses. Estándar: 6. Certificados realizados cumpliendo los requisitos necesarios / total de certificados. Grado de cumplimiento 100%.Solicitudes realizadas “on line” / total de solicitudes. El estándar a alcanzar sería obtener un porcentaje superior al papel con su desarrollo (60%), aunque al ser el primer año se establece un porcentaje del 30% como éxito de la implantación.Seguimiento diario con las recepciones de solicitudes (100%).Encuesta de satisfacción en último trimestre. Satisfacción global de los solicitantes >80%.

DURACIÓN
Junio 2018: inicio de las reuniones periódicas del grupo de trabajo
Julio-Septiembre 2018: realización de borrador de instrucciones y de los modelos normalizados y reestructuración contenido web.
Octubre 2018: evaluación del trabajo y consenso del equipo de trabajo.
Noviembre 2018: difusión de las instrucciones en Intranet y por correo, e implantación de las mismas así como de los catálogos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRER CASTEJON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES HORNA SILVIA
VERA GARCIA JOSE RAMON
VICTORIA LIARTE FRANCISCO
LORDA OLIETE TERESA
VAZQUEZ MENDOZA SONIA
ABELLAN ANTOLIN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 hemos mantenido varias reuniones presenciales de los componentes del grupo (15/05/2018 y 20/09/2018) y otras conjuntas con el Jefe de Seguridad del Hospital (8/05/2018 y 17/01/2019). Hubo una última reunión a la que también asistió el responsable de custodia penitenciaria de la Guardia Civil de Zuera, el día 2/01/2019.

Posteriormente hemos seguido trabajando de forma online hasta la elaboración de un procedimiento de actuación con los pacientes procedentes de instituciones penitenciarias, que cumple los requisitos presentados en nuestro proyecto:- Crear circuito asistencial, coordinar la llegada de los mismos y consensuar la actuación de los distintos profesionales implicados en la asistencia.
Dicho procedimiento ha sido consensuado por el Servicio de Urgencias y equipo de Seguridad del Hospital, así como con el responsable de traslados de la Guardia Civil de presos desde la cárcel de Zuera en el mes de Enero.

El procedimiento ha sido enviado a Dirección de gestión, Enfermería y Médica, y Guardia Civil para su difusión y conocimiento.
Así mismo ha sido difundido a todo el personal del Servicio de Urgencias a través de correo electrónico, así como a todos los componentes del cuerpo de vigilantes de Seguridad del Hospital y a la Guardia Civil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La buena acogida del procedimiento ha sido absoluta tanto por parte de la Guardia Civil que custodia a los presos, como por el personal de Seguridad y del Servicio de Urgencias.

En el mes de noviembre se puso en marcha el procedimiento de forma piloto, para observar las posibles incidencias y correcciones a realizar, que llevaron a la modificación de algunos puntos del procedimiento, presentando el documento definitivo a finales de diciembre.

Dado el poco tiempo de desarrollo de este, todavía no hemos realizado la valoración de los indicadores; pero la percepción general es que el número de presos derivados, incluidos en el procedimiento alcanza el 95% de los mismos, ya que los más interesados en que esto sea así son los cuerpos de Seguridad del Estado que trasladan a estos pacientes desde los Centros penitenciarios.

En cuanto al nª de presos que han pasado a Sala de Observación del total de presos, hasta el momento ha sido de O pacientes
Realizaremos la primera evaluación de los mismos pasados 4 meses del inicio del procedimiento, en abril de 2019 aproximadamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto realizado ha sido gratificante debido a la implicación de personal de diferentes estamentos, que hemos trabajado con un objetivo claro y con una necesidad objetiva: la mejora en la atención y gestión en urgencias de este tipo de pacientes que presentan unas características concretas, debido a su procedencia.
Hasta ahora no estaba resuelto, provocando esperas innecesarias y aumento de las estancias en urgencias en salas de observación.

Con la puesta en marcha del protocolo se ha conseguido el objetivo de dar a este tipo de pacientes mayor confidencialidad y privacidad, así como evitar, en lo posible, el contacto con el resto de los pacientes minimizando situaciones de riesgo potencial.

La aceptación del procedimiento ha sido muy elevada entre el personal una vez corregidos algunos problemas de activación del mismo que aún se están subsanando.

Estamos pendientes de mejorar la comunicación más directa entre el personal sanitario de los Centros Penitenciarios y el Servicio de urgencias, objetivo en el que trabajaremos durante este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Creemos que es un procedimiento válido, revisable anualmente y que es sostenible para los próximos años, renovando lo puntos débiles y añadiendo las mejoras necesarias.

Estamos pendientes de la conformidad oficial por parte de la Dirección Médica y de Enfermería, aunque contamos con respaldo institucional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1303 ========== ***

Nº de registro: 1303

Título
PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Autores:
HERRER CASTEJON ANA, GARCES HORNA SILVIA, VERA GARCIA JOSE RAMON, VICTORIA LIARTE FRANCISCO, LORDA OLIETE TERESA, VAZQUEZ MENDOZA SONIA, ABELLAN ANTOLIN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

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

PROBLEMA
El HUMS es el centro de referencia para pacientes procedentes de Centros penitenciarios. Dichos pacientes requieren una atención especial, debido a sus características personales y al motivo de su reclusión.
Se debe garantizar la seguridad y confidencialidad de estos pacientes dentro del centro hospitalario, así como la del resto de los pacientes, familiares y profesionales de nuestro servicio.
Todo ello, nos lleva a plantearnos el procedimiento de actuación ante la llegada de un paciente de estas características. Describiendo el circuito en el servicio de urgencias y de los profesionales implicados

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinar y organizar la atención de los pacientes trasladados por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, clasificados como F.I.E.S (Instrucción 8/2009 Secretaría de Estado de Seguridad), para su atención en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.
Velar por la custodia del interno, y que su atención en el servicio de urgencias no suponga un ningún riesgo para el resto de pacientes, familiares y personal del Hospital.
Mejorar la confidencialidad de estos pacientes

MÉTODO
Fase 1.- DE DESARROLLO DEL PROYECTO.
Desarrollo del " PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS."
Subdividido en varias fases;
- Diseñar un circuito asistencial diferenciado para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta la estructura física y funcional de nuestro Servicio, para una mejor gestión de la confidencialidad y custodia.
- Consensuar la actuación de los diferentes profesionales implicados en la atención de estos paciente desde su llegada al Servicio y con los responsables de Seguridad de Hospital y de la Custodia del paciente.
- Plasmar el circuito asistencial previsto desde la salida del paciente del Centro penitenciario.
- Coordinar la llegada de los pacientes procedentes de Centros penitenciarios, cuando lo considere necesario el responsable del Servicio de custodia y traslado del cuerpo de Seguridad Correspondiente.
Fase 2.- DE DIFUSIÓN
- Sesiones formativas toda la plantilla del servicio.
- Difusión vía digital del procedimiento.
Fase 3.- FASE DE IMPLANTACIÓN
- Inicio de la utilización del circuito asistencial tras consenso de los profesionales implicados y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

definición de las estructuras del Servicio a utilizar
Fase 4.- consolidación y evaluación.
- Evaluar la implantación del protocolo y su viabilidad
- Modificar el circuito si se considera necesario
- Iniciar la medida de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los siguientes indicadores:
• Activación del protocolo: Porcentaje de pacientes procedentes de Centros penitenciarios en los que se activa el traslado desde el centro penitenciario / total de presos atendidos en urgencias según el circuito diseñado x100
Sin estándar el primer año
• Tasa de fallos del circuito: Número de pacientes procedentes de Centros penitenciarios que pasan a sala de observación/ total de presos atendidos x100
Se establece un estándar inferior al 20%.

DURACIÓN
Fase 1.- Mayo a septiembre 2018
Fase 2.- Octubre 2018
Fase 3.- Noviembre 2018
Fase 4.- Diciembre a Febrero 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 - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO PARRILLA HERRANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ESCOBEDO SONIA
PEREZ CALVO ANA
BERNAL SEBASTIAN PILAR
LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA
LAIN MERCADAL JUAN
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:
• Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de Urgencias
Se trabajo junto con el Servicio de informática del HUM. Servet la resolución de los problemas de conexión wi-fi comprobando su funcionamiento en todas la áreas del servicio e instalando los equipos receptores necesarios para dar cobertura técnica a los equipos de electros. Se analizaron zonas de sombra de wi-fi. Se comprobó así mismo la conexión por cable para la transmisión directa de los equipos desde los diferentes puntos de red en toda el área asistencial.
• Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas
1.-Conexión inalámbrica:
En una primera fase se comprobó la conexión inalámbrica de los equipos a la red observándose que el dispositivo wi-fi que llevaban (usb emisor) generaba problemas de conexión (interrupción, zonas de pérdida de señal, riesgo de rotura o pérdida del mismo por su ubicación física en el mismo,…). Este emisor ha sido sustituido en todos los equipos por otro más potente, ubicado físicamente en el equipo de forma segura y comprobándose su correcto funcionamiento en cada uno de los equipos lo que permitió continuar con el proyecto.
2.- Identificación del paciente:
2.1.- La identificación correcta del paciente, (que debe hacerse antes de realizar el ECG y que éste se pueda asignar correctamente a la historia clínica electrónica), se podía hacer manualmente del total del listado de pacientes dentro de un campo desplegable que proporcionaba el equipo. Dado que el número de pacientes activos en urgencias es muy alto en diversas franjas horarias esto estaba sujeto a riesgo de error y muy tedioso.
La solución adoptada fue identificación mediante pulsera del paciente con código de barras, lo que obligó a:
• Incluir en los equipos pistolas de lectura de código de barras
• Adaptar las pulseras de identificación del paciente para lectura de código de barras
• Adaptar las pulseras de identificación para situación de catástrofe con múltiples víctimas para que lleven código de barras por si fuesen necesarias
3.- Riesgo en la asignación del ECG:
Premisa: un equipo de ECG en urgencias debe permitir realizar un ECG de forma urgente a un paciente que no tenga identificación.
Los equipos que se adquirieron no tienen habilitado mediante software de forma automática la eliminación de los datos del último paciente al que se ha realizado un ECG, por lo que si la persona que realiza el ECG no elimina los datos del paciente anterior se puede asignar por error un ECG a otro paciente lo que obligó:
• Diseño y distribución de material de formación y apoyo, boletín informativo a todo el personal del servicio
• Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio e Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos
• Colocación en cada equipo de alertas en cuanto al método de realizar ECG
• Deshabilitación de transmisión automática del ECG de cada equipo como otro paso más de comprobación de que los datos del paciente son correctos y envío posterior de forma manual.
• Sistema de comunicación (correo electrónico) de posibles errores de asignación de ECG, directamente con servicio de informática para su solución.
• Configuración correcta de los equipos ECG
• Se identificó de forma individual cada equipo (discriminar por carro ECG y ubicación)

Inicio de prueba de digitalización comenzando de forma progresiva por áreas asistenciales de urgencias, e incorpoando nuevos equipos conforme se comprobaba el correcto funcionamiento de cada área.
Detección de errores y problemas y planteamiento de soluciones que permitieron una implementación progresiva de la totalidad de equipos en todas las áreas.
Ampliación de sesiones formativas
Analisis de los ECG realizados, enviados,... por áreas
Retirada paulatina del papel de impresión automático, dejando esta opción en forma manual según criterio del personal asistencial.
Retirada de la transmisión automática del ECG a la HC electrónica, dejando esta opción manual para asegurar la correcta identificación y transmisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen identificar una media 81% de los ECG
Se transmiten a la HC electrónica alrededor de un 69%
** Esto son los datos que se han podido conseguir en las primeras fases de implantación. No disponemos datos actualizados dado que se han solicitado reiteradas veces y dado que tiene que ser a través de General Electric no hemos podido conseguir más información actualizada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación del ECG digital supone un gran avance desde el punto de vista asistencial para posteriores consultas desde todo el ámbito sanitario al estar integrado en la HC electrónica: información, calidad, seguridad.

Hubiese sido deseable contar con los profesionales antes de la adquisición de los equipos ya que algunos de los fallos deberían haberse solucionado previamente y ha obligado a adoptar ideas imaginativas que suplieran las carencias de software de los equipos (sobre todo en aspectos de seguridad clínica).
El proyecto es absolutamente sostenible y es imprescindible que así sea por la mejora asistencial a los pacientes dada la información que aporta.
El proyecto es replicable buscando equipamiento adecuado y adaptándolo en cada lugar a los circuitos asistenciales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1314 ========== ***

Nº de registro: 1314

Título
DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL E.C.G. EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PARRILLA HERRANZ PEDRO, SANCHEZ ESCOBEDO SONIA, PEREZ CALVO ANA, BERNAL SEBASTIAN PILAR, LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA, LAIN MERCADAL JUAN, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S. dispone de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de integración de la documentación clínica digitalizada en la H.C.E. a través del programa P.C.H. Uno de los aspectos todavía no incluidos en la historia clínica digital de los pacientes atendidos en urgencias es la imagen del trazado electrocardiográfico, ya que cuando se inició la informatización del Servicio de Urgencias carecíamos de los medios materiales y los recursos técnicos imprescindibles para la digitalización del E.C.G.
La digitalización del E.C.G. es un objetivo prioritario desde el punto de vista asistencial por su importancia para la toma de decisiones clínicas urgentes y para la continuidad de la asistencia tras el ingreso o el alta del paciente, y desde el punto de vista estratégico para conseguir el objetivo de la organización en avanzar en el desarrollo de la H.C.E.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es conseguir que la imagen de los E.C.G. realizados durante el proceso de atención en el Servicio de Urgencias del H.U.M.S. queden almacenados en un soporte informático (imagen digitalizada) en la Intranet del Sector II y en la H.C.E. de Aragón.

MÉTODO
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:
• Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Urgencias
- Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas
- Configuración correcta de los equipos ECG

FASE 2: Sensibilización y formación:
- Diseñar y distribuir un boletín informativo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
- Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos

FASE 3: Implantación: inicio de la digitalización del E.C.G.
FASE 4: Consolidación y evaluación
- Evaluar implantación
- Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
- Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización del porcentaje de E.C.G. digitalizados utilizando como fuente de datos el software de gestión de General Electric (M.U.S.E.).
Definición del indicador: número de E.C.G. digitalizados / número de E.C.G. realizados x 100
Se establece un estándar del 80% para el primer año de implantación del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto se ha iniciado en Abril de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Abril – Mayo 2018
Fase 2: Junio 2018 (primera quincena)
Fase 3: Junio 2018 (segunda quincena)
Fase 4: Julio – 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 - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1 día mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 2 consultas específicas/mes, protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES:
JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de protocolo de VA en CaP: diseño del protocolo.
- Habilitación de consulta mensual de VA en Urología: agenda (GUROVA) 2º y 4º miércoles de cada mes.
- Agenda para la citación de RM de próstata.
- Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0): diseño e implementación informática, por el momento textual.
- Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA: diseño e implementación de plantilla, por el momento textual
- Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA: diseño e implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Urología: activación de la consulta específica. Los pacientes candidatos a este esquema terapéutico son seleccionados desde la recepción del resultado de la Bx y atendidos en dicha consulta específica de un modo individualizado y especializado por profesionales especialmente formados en VA, ello ha permitido dar una mayor calidad asistencial y confianza a nuestros pacientes.
- Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología). PENDIENTE adquisición de monitores con cargo a otros proyectos económicos del Servicio todavía no finalizados y de ubicar espacio físico para el visionado de los pacientes.
- Las plantilla de interpretación de Bx transperineal a implementar en los informes de radiología y anatomía patológica todavía no se han implementado en formato gráfico, pero sí en formato de texto que permite una mejor interpretación y simbiosis entre los informes de resonancia, la realización de la biopsia transperineal y la identificación de las áreas tumorales en la anatomía patológica. Tanto los criterios PIRADS 2.0 de interpretación radiológica como ISUP-2015 de interpretación histológica están consolidados.

7. OBSERVACIONES.
En la evolución de este proyecto hemos desarrollado un importante esfuerzo de investigación asociado. Lideramos junto con el Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (Dr. J. Rubio) un proyecto multicéntrico nacional sobre pacientes en Vigilancia Activa con más de 50 centros participando y cerca de 1800 pacientes en seguimiento y evaluación. A su vez hemos hecho nuestro propio análisis de los 115 pacientes actualmente en este manejo en nuestro centro. Y hemos hecho un esfuerzo de exportación de nuestra organización asistencial al respecto, y resultados impartiendo un programa Focuss sobre Vigilancia Activa a lo largo del pasado año.
Como ya se apuntó en la memoria inicial: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/675 ========== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTIN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática
- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN
Cronograma: 2 años:
- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.
- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.
- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES
El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).
Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.
Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Varias reuniones con At primaria para centrar la problemática de los pacientes remitidos a At especializadada urológica.

-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.

-Actualización y/o eloaboración de algoritmos de manejo de las distintas pàtologías urológicas que se devolverán apar manejo teórico en At primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre 1/6/2017 y 31/12/2018 se han realizado globalmente 1097 consultas virtuales de Urología, 27,1% resueltas sin cita.

-Diciembre 2017: 369 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 10,3% resueltas sin cita.
-Noviembre 2017: 512 interconsultas.19,5% resueltas sin cita.
-Octubre 2017: 541 interconsultas. 26,7% resueltas sin cita.
-Septiembre 2017: 91 interconsultas. 56% resueltas sin cita.
-Agosto 2017: 18 interconsultas. 77,7% resueltas sin cita.
-Julio 2017:21 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.
-Junio 2017: 14 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Existe variabilidad entre urólogos en el porcentaje de consultas virtuales resueltas sin cita.

-Existe amplia variabilidad en los distintos Centros de Salud respecto a la patología remitida para valoración a At especializada, así como en la voluntad de mantener en primaria a los pacientes valorados sin cita.

7. OBSERVACIONES.
Se requieren reuniones sucesivas con los distintos Centros de Salud, así como reflexiones internas por parte del Sº de Urología.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1243 ========== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales
---
Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO
-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES
-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN
Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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