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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	FERREIRA AGUAR ANA ISABEL	2018_1148	F	29/01/2019	DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	LAZARO ASPAS MARIA	2018_1188	S1	15/02/2019	IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AP	CS ALAGON	HERRERO GIL MARIA ANGELES	2018_0606	F	07/02/2019	SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	CORTES MARINA ROSA	2018_0792	F	13/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS ALAGON	GARISA ROCHA GEMA	2018_0862	F	11/02/2019	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	BLASCO CASTELLO CONSUELO	2018_0872	F	31/01/2019	EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO
Z3	AP	CS ALAGON	RUIZ FERRANDEZ ELISA	2018_0928	F	10/01/2019	VIOLENCIA DE GENERO
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2018_1128	F	24/02/2019	GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR	2018_1199	F	14/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS BOMBARDA	LOBERA NAVAZ MARIA PILAR	2016_1633	S1	25/01/2018	APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2018_0758	F	25/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS BOMBARDA	TORRECILLA CONDE JESUS	2018_0836	F	11/03/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2018_0901	F	22/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2018_1130	F	12/03/2019	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS BOMBARDA TRABAJO SOCIAL	PUEYO USON MARIA JOSEFA	2018_0912	F	30/01/2019	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2018_1252	F	14/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2018_0784	F	13/02/2019	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2018_1174	F	01/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2018_1174	F	01/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	MAS SANCHEZ ADORACION	2018_1363	F	23/02/2019	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU	2018_1379	F	23/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2018_0861	S1	11/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS CASETAS	RUBIO CAVERO RUTH	2018_0906	F	12/03/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0987	S1	26/02/2019	BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARCOS CALVO MARIA PILAR	2018_0988	F	10/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0990	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS TRABAJO SOCIAL	SANCHEZ MATEO OLGA	2018_0678	S2	21/02/2019	"CUIDARTE"
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GONZALEZ MIR MARIA FE	2016_1302	S1	20/12/2017	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL	2018_0733	S1	07/02/2019	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2018_0769	S1	01/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GIL CORTES MARIA TERESA	2018_0922	F	18/02/2019	COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES MARIA PILAR	2018_0929	F	31/01/2019	ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO	2018_1071	S1	27/02/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DUARTE CARCAS ALICIA	2018_1086	S2	28/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA	2016_1362	S1	07/02/2018	EDUCACION MATERNA PRE-PARTO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	FUERTES DOMINGUEZ AMPARO	2018_0646	S2	08/02/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	TORRE MAÑAS MARIA LUISA	2018_0670	S1	10/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2018_0697	S1	08/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	CORDOBA GARCIA RODRIGO	2018_0805	F	13/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2018_0921	S2	27/02/2019	LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR FISIOTERAPIA EN AP	GALINDO MORALES GEMA	2018_0720	S2	07/02/2019	PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!“
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO	2018_1237	F	26/02/2019	AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	MARES X CAMELIA VALENTINA	2018_1522	F	12/02/2019	ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS SALUD BUCODENTAL	MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION	2018_1515	F	07/03/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL
Z3	AP	CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2018_1565	F	20/02/2019	GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	AP	CS GALLUR	HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE	2018_0642	F	20/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2018_0874	F	20/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	SARASA OLANO MARINA	2018_1022	F	26/02/2019	PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2018_1291	F	07/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR	2018_0589	F	10/01/2019	PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2018_1358	F	23/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2018_0813	F	11/03/2019	CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	2018_0899	F	23/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2018_0960	F	04/03/2019	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2018_1444	F	11/03/2019	PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2016_1572	S1	26/01/2018	ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL	2018_1317	S0	19/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2018_1324	S1	10/02/2019	PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA	2018_1435	F	28/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 240 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			JESUS				MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2018_1453	S4	01/03/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUNES SABIRON ANA PILAR	2018_1488	F	27/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2018_1564	S0	26/02/2019	HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FRANCO GARCIA SARAY	2016_1336	F	09/01/2018	R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ISANTA POMAR CARLOS	2016_1672	S1	09/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2018_0631	S0	22/01/2019	ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2018_0635	S0	22/01/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	NAVARRO ZAPATA CARMEN	2018_0636	S0	23/01/2019	PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2018_0648	F	24/01/2019	ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	POBES LACRUZ MARIA JESUS	2018_0653	S2	16/01/2019	AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN	2018_0676	S0	22/01/2019	DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL UÑEZ CARMEN	2018_0683	S0	23/01/2019	SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2018_0695	S0	24/01/2019	CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR	2018_0732	F	22/01/2019	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2018_1325	S1	13/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS OLIVER	OLIVEROS BRIZ TERESA	2016_1306	S1	14/02/2018	RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2018_0838	S1	06/02/2019	DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ GUZMAN TERESA	2018_0843	F	04/02/2019	CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	MORENO GUSTRAN CARMEN	2018_0852	F	13/02/2019	UNCASTILLO SE MUEVE
Z3	AP	CS SADABA	ALVAREZ SANCHEZ MARIA MARTA	2018_0903	F	07/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2018_1041	S1	05/02/2019	VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN	2018_1122	F	28/02/2019	RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES
Z3	AP	CS SADABA	MENA GALLIZO ELENA	2018_1154	F	12/02/2019	ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA
Z3	AP	CS SADABA	GALAN ALAYETO BERTA ELISABET	2018_1226	F	25/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	GARCIA LAFUENTE NATALIA	2018_0364	F	18/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	VIELBA DUEÑAS BEATRIZ	2018_0465	F	12/03/2019	OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	HERNANDEZ ABADIAS LUCIA	2018_0827	S1	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS TARAZONA ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA HUERTA EMILIA	2018_0857	F	14/01/2019	DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2018_0637	F	21/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2018_0665	F	15/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2018_0935	F	28/01/2019	EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PEVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS
Z3	AP	CS TARAZONA	MODREGO MOROS MARIA AMPARO	2018_1205	F	05/02/2019	PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2018_0671	S1	29/01/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2018_0763	F	25/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2018_0781	S1	13/03/2019	PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2018_0788	S0	29/01/2019	SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	F	29/12/2018	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	F	02/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	CALAVIA SARNAGO DIEGO	2018_0713	F	27/02/2019	EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2018_0766	F	21/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2018_0883	S1	04/02/2019	PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	OSES SORIA AMALIA	2018_1052	S1	21/02/2019	PROMOCION DE AUTOCUIDADOS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MURILLO LAHOZ EVA	2018_1092	S1	27/02/2019	MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS UTEBO	GARVI SOLER PAULA	2016_1312	S1	31/01/2018	TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2016_1707	S1	30/01/2018	ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2018_0689	F	28/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_0997	F	28/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS UTEBO	ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE	2018_0998	S0	20/02/2019	TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	CS UTEBO PEDIATRIA	GASTON FACI ANA	2018_1038	S1	28/02/2019	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2016_0516	S1	25/01/2018	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2016_1642	S1	09/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2018_0690	F	26/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2018_0692	F	22/02/2019	GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2018_0731	F	11/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SERRANO PERIS DIANA	2018_0064	F	30/01/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2018_1439	F	16/01/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	FERRER CLAVERIA LUCIA	2018_0650	F	17/02/2019	CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	OLMEDO ARBIZU EMMA	2018_0483	F	23/02/2019	INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ANATOMIA PATOLOGICA					EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2018_0529	F	06/03/2019	MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2018_0531	F	20/02/2019	TRAIJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	OLAGORTA GARCIA SILVIA	2018_0198	F	28/02/2019	OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CALLAU CALVO AURORA	2018_0240	F	17/02/2019	CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2018_0467	F	07/02/2019	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	YUNGE DEL POZO GONZALO	2018_0376	S1	13/03/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHO GRACIA NOEMI	2018_0710	F	13/03/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR	2018_0608	S2	28/02/2019	IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	RAMOS ALVAREZ MONICA	2018_0879	S1	13/03/2019	IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	LARA NAVARRO EMMA	2018_1273	F	15/02/2019	ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2018_0596	F	25/02/2019	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LLORENTE FERNANDEZ ELENA	2018_0656	F	04/03/2019	OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LORENTE MARTIN SILVIA	2018_0745	F	04/02/2019	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LATORRE GARCES VIOLETA	2018_1026	S1	27/02/2019	MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	MENAO GUILLEN SEBASTIAN	2018_1268	F	04/03/2019	DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2018_0786	F	07/02/2019	ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	PINILLA LOZANO MARIA JESUS	2018_1486	F	10/02/2019	CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2018_1560	S1	06/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO	2018_1060	S1	18/02/2019	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOSQUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA	2018_1186	S0	29/01/2019	TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ELIA GUEDEA MANUELA	2018_1198	S1	29/01/2019	REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALLUE CABAÑUZ MARTA	2018_1285	S1	07/01/2019	EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	S1	09/01/2019	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO					MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	S1	15/02/2019	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BLANCO BAIGES EDUARDO	2018_1381	F	28/02/2019	INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO	2018_1415	S1	27/02/2019	DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	JUAN GARCIA EMILIO	2018_1428	F	28/02/2019	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	CONEJERO DEL MAZO RAQUEL	2018_1056	S1	24/02/2019	LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA	2018_1061	S1	24/02/2019	HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2018_0146	F	25/02/2019	DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2016_1757	S1	15/01/2018	UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2018_0110	S1	31/01/2019	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL	2018_0673	F	12/02/2019	GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2018_0704	F	24/02/2019	PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2018_0980	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	GIMENO GRACIA MERCEDES	2018_1020	S0	26/02/2019	COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	S0	14/01/2019	INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	F	14/02/2019	INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO INMUNOLOGIA	MARTINEZ LOSTAO LUIS	2018_1402	S1	27/02/2019	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	SERRANO BARCOS LAURA	2018_0725	F	22/02/2019	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION	2018_0740	S1	21/02/2019	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	SANCHEZ DONOSO NURIA	2016_0769	S2	27/02/2019	ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	F	08/02/2019	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	F	03/03/2019	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DELHOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA	2018_0591	S1	19/02/2019	PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BARCELO CASTELLO MIREIA	2018_0630	F	15/02/2019	LTSV: NO INGRESO EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VELILLA SORIANO CARMEN	2018_1146	F	25/02/2019	MENOS ES MAS

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MEDICINA INTENSIVA					
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	VICENTE LOPEZ MARTA	2018_1286	S1	11/02/2019	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	RONCAL SOLA SUSANA	2018_1408	S1	11/02/2019	ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ ABELLEIRA NURIA	2018_1441	F	28/02/2019	IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JOSA LAORDEN CLAUDIA	2018_0698	S1	11/03/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	TOYAS MIAZZA CARLA	2018_0856	S1	12/02/2019	APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN	2018_1114	S1	14/02/2019	HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	CANO FERNANDEZ ALBERTO	2018_1235	S1	24/02/2019	ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	OLIVERA GONZALEZ SUSANA	2018_1422	S1	04/03/2019	PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA 2018
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	S1	28/01/2019	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	S1	27/02/2019	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	PRATS RIVERA ENRIQUE	2018_1016	S1	26/02/2019	PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2018_0772	F	07/02/2019	REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2018_0956	S1	27/02/2019	REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	FELIX MARTIN MANUELA	2018_1044	S1	25/02/2019	HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BENITO RUESCA RAFAEL	2018_0289	F	06/02/2019	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2018_0294	F	30/01/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ALGARATE CAJO SONIA	2018_0442	F	11/02/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SERAL GARCIA CRISTINA	2018_0488	F	11/02/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2018_0875	F	15/02/2019	CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	IÑIGO GIL PABLO	2018_0645	F	11/03/2019	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR	2018_1134	F	11/03/2019	TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0517	F	24/02/2019	REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0518	F	24/02/2019	REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0520	S0	24/02/2019	REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL	2018_0350	F	13/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	TEJERO JUSTE CARLOS	2018_0367	S1	22/02/2019	CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	PEREZ LAZARO CRISTINA	2018_0368	S2	14/02/2019	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA.ESTRATEGIA IRASPROA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANTOS LASAOSA SONIA	2018_0373	F	05/02/2019	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2018_1177	F	17/02/2019	IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2016_0478	F	10/12/2017	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MAINAR JOSA GEMA LUCIA	2016_0816	S1	26/02/2019	PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PEREZ SORBE CRISTINA	2018_0532	S1	18/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ MEDEL JORGE	2018_0711	F	22/02/2019	ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MATEO ALCALA PURIFICACION	2018_0717	F	04/02/2019	DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ORNAT CLEMENTE LIA	2018_0728	S2	08/03/2019	ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARRIBAS MARCO MARIA TERESA	2018_0841	S2	08/03/2019	CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TABUENCA VICEN CRISTINA	2018_0908	S1	23/02/2019	UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	EZQUERRA GIMENEZ ANA	2018_0936	F	06/02/2019	CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PEINADO BERZOSA RUTH	2018_0971	S0	22/02/2019	HIDRATACION ORAL INTRAPARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO RUTIA ESTHER	2018_0976	S1	18/02/2019	ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NARVION CASORRAN CAROLINA	2018_0984	F	20/02/2019	TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES LASHERAS SIRA	2018_1108	F	14/02/2019	INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2018_1151	F	28/01/2019	PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2018_1065	F	13/02/2019	EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	REMON GARIJO LEON	2018_1119	F	12/02/2019	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	F	21/02/2019	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	F	21/02/2019	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	ANDRES CONEJERO RAQUEL	2018_1195	F	26/02/2019	INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ISLA CASADO DOLORES	2018_1196	F	22/02/2019	CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ONCOLOGIA MEDICA					
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	GARCIA CURDI FERNANDO	2018_0159	F	07/02/2019	ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	S2	14/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	F	09/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO	2018_0429	S1	14/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2018_0761	S1	13/02/2019	ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	CUADRON ANDRES LORENA	2018_0969	S1	08/02/2019	EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	S1	16/01/2019	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	F	24/02/2019	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR	2018_1018	S1	28/02/2019	GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PUENTE COLINA ALBERTO	2018_1039	S1	28/02/2019	COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	SAEZ VALERO EDUARDO	2018_1506	F	27/02/2019	ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2018_1509	F	27/02/2019	IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2018_1031	S1	28/02/2019	ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RUIZ MANZANO PEDRO	2018_1043	F	28/02/2019	ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RUIZ MANZANO PEDRO	2018_1523	F	28/02/2019	PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	PERALTA GINES CILIA AMPARO	2018_0756	F	11/02/2019	DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	DELGADO BELTRAN CONCEPCION	2018_0757	F	12/02/2019	ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO TOXICOLOGIA	MENAO GUILLEN SEBASTIAN	2018_1510	F	04/03/2019	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABISMEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCL	PEÑA NEBRA ANA CARMEN	2018_0880	F	12/02/2019	REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2018_0104	S1	31/01/2019	ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2018_1123	S1	26/02/2019	ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2018_0660	S1	11/02/2019	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	GARCIA NOAIN ALBERTO	2018_0839	F	21/02/2019	USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2018_0798	S1	16/02/2019	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MURILLO PEREZ CARLOS	2018_0904	S1	24/02/2019	CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS

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

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		UROLOGIA					FILEMAKER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	CAPAPE POVES VICTORIA	2018_0909	S1	24/02/2019	MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	SUBIRA RIOS JORGE	2018_0977	S1	26/02/2019	ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERREIRA AGUAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMONA AYNAT AMALIO
LORIZ ALIERTA ANA ISABEL
REVILLA MARTI PABLO
GIMENO GARZA JAIME
MONZON LOMAS FRANCISCO
GASCON BRUMOS CARMEN
VALLE PUJOL MYRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de un equipo multidisciplinar. Elaboración de protocolo de manejo del paciente con SCA tras el alta. Finalizado el protocolo y remitido a la comisión de calidad y comisión de dirección. Pendiente divulgación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Lograr crear un grupo de trabajo entre Cardiología y Atención primaria, para elaborar protocolos de manejo consensuados y rutas asistenciales. Se ha iniciado con el proceso CARDIOPATIA ISQUÉMICA. Finalizado tanto el protocolo como la ruta asistencial. Queda pendiente, tras aprobación del mismo por la comisión de calidad su divulgación en los centros de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La organización de la asistencia de los pacientes con patología crónica es un reto que involucra a distintos ámbitos asistenciales. La gestión por procesos conlleva la creación de grupos de trabajo multidisciplinar y creación de protocolos y vías clínicas consensuadas, según la mejor evidencia científica y con adaptación a la realidad local (Sector III). Este protocolo demuestra que es posible, y que el esfuerzo inicial redundará a medio y largo plazo en una asistencia de los pacientes con cardiopatía isquémica mejor, al considerar a cada paciente en función de su riesgo, con objetivos de tratamiento claros y definidos por la mejor evidencia científica, con menor variabilidad clínica y optimizando los recursos que disponemos. Recomendamos continuar esta línea de trabajo, completar el proceso de cardiopatía isquémica crónica y seguir con otros procesos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1148 ========== ***

Nº de registro: 1148

Título
DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRE CARDIOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA I. SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, MONZON LOMAS FRANCISCO, GIMENO GARZA JAIME, REVILLA MARTI PABLO, GASCON BRUMOS CARMEN, SANZ MARTINEZ DIANA, OLLERO ARTIGAS ANDRES, LUÑO GARCIA BENITO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

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

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

PROBLEMA
La enfermedad coronaria es la más importante de las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

población española de más de 30 años. Tambien es cierto que la mortalidad ajustada por edad ha ido disminuyendo en las últimas décadas. Si añadimos el envejecimiento de la población y por tanto el aumento de casos con SCA el resultado es una progresiva saturación de las consultas.
Estos pacientes generan un elevado consumo de recursos, que con frecuencia son injustificados y parte de la causa es una inexistente protocolización del segumiento por parte de Cardiologia y atención primaria (AP)
Por otra parte, se trata de un tipo de pacientes en que el proceso (CI) un recorrido relativamente “predecible” con objetivos claros de tratamiento y por tanto se trata de un proceso subsidiario de protocolizar.

El MAP tiene un papel esencial en el manejo y la identificación de los pacientes con CI y tras padecer un SCA es un momento crucial para incidir en los factores de riesgo y conseguir una adecuada concienciación del paciente sobre los tratamientos y sobre las modificaciones en los estilos de vida, para reducir el riesgo de nuevos eventos.
Es importante el adecuado seguimiento y definir los objetivos de tratamiento en aras a la supervivencia.
La clave para asegurar la continuidad tras una hospitalización por un evento coronario es la comunicación entre Cardiologia y AP. El instrumento fundamental es el informe de alta. El informe debe contener los aspectos relevantes para comprender la extensión gravedad y pronóstico de la enfermedad en cada paciente que permita clasificar a los pacientes en función de su riesgo y planificar el seguimiento. La existencia de protocolos conjuntos y una ruta asistencial es básico para mejorar el manejo, disminuir la variabilidad clínica y determinar quien, donde y cómo debe atender al paciente en cada momento de su seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del paciente que sale de alta del Hospital con diagnóstico de Sindrome Coronario Agudo (SAC) a lo largo del primer año en su tránsito entre AP –Cardiologia.
Secundarios
- Fomentar el trabajo en equipo entre Cardiologia y Atención primaria
- Integrar la atención del paciente con SCA tendiendo a que sea más domiciliaria/ambulatoria que hospitalaria
- Elaborar y asumir objetivos comunes tranversales entre Cardiologia y AP
- Consensuar un protocolo común de manejo basado en la mejor evidencia científica
- Impulsar la relación (telemática, telefónica y presencial) entre cardiología y AP
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Aumentar la capacidad de resolución de las consultas

MÉTODO
• ELABORACIÓN DE LA RUTA ASISTENCIAL PARA SCA
o Criterios de inclusión en el proceso
o Definición de los flujos asistenciales dentro del proceso
o Calendario de seguimiento del paciente en función del riesgo
o Objetivos del tratamiento médico y cómo alcanzarlos.
o Vigilancia de efectos secundarios
o Valoración de adherecia al tratamiento
o Protocolo de actuacion ante aparición de nueva sintomatología

• ACTIVIDADES FORMACION:
• Difusion de la ruta asistencial en los CAP.
• Elaboración de un díptico-triptico para manejo práctico en la consulta
• Programa de formación continuada en relación con el proceso
o El dolor torácico. Angina. Formas de presentación
o Tratamiento hospitalario
o Prevención secundaria ambulatoria

INDICADORES
• De estructura:
o Ruta asistencial del SCA. Documento escrito, revisable periódicamente (1/ año)
o Responsable del proceso en la ámbito de Cardiologia
o Constitución de un equipo multidisciplinar

• Indicadores:
o Porcentaje de pacientes en que consta la FEVI en el informe de alta
o Porcentaje de pacientes en que se indica la duración de la doble antiagregación
o Porcentaje de pacientes dados de alta con estatinas
o Porcentaje de pacientes con nivel de colesterol LDL < 70 a los 6 meses del alta
o Porcentaje de pacientes con recaida en habito tabáquico a los 6 meses/ total pacientes fumadores previos

DURACIÓN
• 1º semestre de 2018:
o Elaboración del Informe de alta estandarizado para el SCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

o Presentación del proyecto en dirección medica de HCU y dirección de atención primaria
o Presentación del proyecto de integración en los centros de atención primaria
o Creación de los grupos de trabajo mixtos

• 2º. semestre de 2018:
o Desarrollo de la ruta asistencial :Elaboración del documento escrito
o Inicio de las actividades docentes en relación al proceso en los Centros de Salud
• 1º semestre de 2019:
o Difusión de la ruta asistencial y puesta en marcha de la misma
o Continuación de las actividades docentes

• 1º semestre de 2020
o Medición de resultados con los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 15/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MIGUEL ELENA
BLAS LAUSIN JOSE MANUEL
ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el comienzo de este proyecto hasta la actualidad, se han mantenido las actividades proyectadas. Durante la consulta se le informa al paciente de este servicio su funcionamiento, y sus limitaciones.
El personal de enfermería revisa la bandeja de entrada del correo corporativo (enfermedigestivo.ij@salud.aragon.es) en dos ocasiones durante el turno de mañana, dando respuesta a las cuestiones planteadas por los pacientes.
A final de la jornada se hace un registro en una tabla excel sobre el número de correo recibidos, número de historia del paciente, sexo, edad, motivo de consulta y tiempo de respuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La primera semana del mes de enero se remitió a traves del correo electrónico una encuesta a todos los pacientes que hicieron uso de este servicio desde que empezó (20/05/2018), hasta la realizacion de esta memoria (31/12/2018).
Se recibieron un total de 81 correos en el tiempo de la recogida de datos.
Los resultados de la encuesta enviada a los usuarios y el registro realizado durante el año son los siguientes:
La media de edad de los usuarios es de 40,69 años, el 35% son hombres y el 65% mujeres. Los dos motivos principales de consulta son motivos médicos (41.66%) e información acerca de resultado de las pruebas (43.33%), por temas de burocracia y citaciones consultaron el 3.33%.
Con respecto a la encuesta de satisfacción, el 72.50% está muy de acuerdo en que este servicio mejor la accesibilidad a nuestra consulta, el 27.50% esta de acuerdo con la misma cuestión.
Un 54.54% manifiestan estar muy satisfechos con la resuloción de sus dudas y cuestiones y el 36.36% está satisfecho. Sobre el tiempo de respuesta, al 81.80% de usuarios les parece muy adecuado, al 18,2% adecuado.
En general 63.60% esta muy satisfecho con el servicio, el 18.20% está satisfecho y el 18.20% restante les parece indiferente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante estos meses de uso del correo electrónico, la valoración tanto de los profesionales como de los pacientes, es muy satisfactoria.
Hemos vista que esta herramienta nos permite una vía de comunicación muy rápida con los pacientes, optimizando tanto los tiempos de consulta como los de los pacientes, permitiendo gestionar trámites burocráticos y médicos evitando desplazamientos y esperas a los pacientes.
Para el equipo la incorporación del correo electrónico nos ha sido de gran utilidad, usándolo de manera adecuada,cuidando siempre la confidencialidad debe considerarse como una herramienta más a implantar en la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1188 ========== ***

Nº de registro: 1188

Título
IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
LAZARO ASPAS MARIA, SANCHEZ MIGUEL ELENA, BLAS LAUSIN JOSE MANUEL, ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde el inicio de la consulta general de digestivo en el ambulatorio Inocencio Jiménez el paciente es el centro de todas nuestras actividades y se diseñó una dinámica diferente en la resolución de las segundas visitas, con el objetivo de mejorar la resolución del caso en el menor tiempo posible y si era pertinente sin necesidad de desplazamientos de los pacientes. La dinámica que se sigue es que una vez que se ha realizado la primera visita, la enfermera encargada de la consulta, revisa las pruebas parcticadas y se comunica con el paciente por vía telefónica o correo ordinario para indicar plan a seguir. En muchas ocasiones no se consigue contactar con el enfermo y esto les genera dudas de cómo volver a contactar con nosotros. De hecho, a pesar de las explicaciones dadas en consulta, insistiendo en que si no conseguimos contactar recibirán citación, hemos observado que se reciben nuemrosas llamadas y visitas a atención al paciente o a citaciones para solicitar información acerca del estado de su proceso asistencial. Con esta dinámica estamos obteniendo una resolución mediante informe sin visita presencial en cerca de 35% de las citas, lo que supone un índice de sucesivas/primeras inferior a 1.
Detectado el problema de contacto con el paciente pensamos que en este escenario, el correo electrónico es la herrramienta ideal para mejorar el contacto, la accesibilidad a la consulta y reforzar la atención del paciente con el servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es dar una herramienta a los pacientes con la que asegurar la accesibilidad a nuestra consulta, permitiéndoles así dar solución a diferentes cuestiones en un periodo reducido de tiempo, disminuyendo la necesidad de consultas presenciales y quizás una disminución de la ansiedad que esta situación puede generar en los pacientes.
El correo electrónico permite además hacer un mejor seguimiento al paciente, con mayor calidad y continuidad en su atención, dándole a usuario un papel más activo.
La población diana de nuestro proyecto son todos los pacientes remitidos a la consulta general de Digestivo y que son atendidos en el ambulatorio Inocencio Jiménez del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

MÉTODO
1. Para la implantación del proyecto se habilitará una cuenta de correo institucional, que diariamente controlará la enfermera de la consulta. Para cualquier duda que pueda surgir con dichos correos, el médico responsable de la consulta al finalizar la atención presencial revisará los casos con la enfermera.

2. Se está elabporando una hoja de información dónde se explica la dinámica de la consulta y se informe de cómo contactar con nosotros a través del correo electrónico. También indicaremos el telefóno de contacto, para aquellos pacientes que no utilicen habitualmente este medio.

INDICADORES
Se registrarán todos los correos y llamadas recibidas, anotando el motivo de consulta diferencianda si es :
- Consulta medica
- Consulta referente a resultados e informes
- Consulta sobre asuntos burocráticos

Además de la monitorización del número de pacientes atendidos, se calculará:
- Número de emails recibidos en la cuenta de correo oficial.
- Ratio de emails enviados por paciente anualmente
- Tiempo medio de respuesta desde recepción del email hasta su contestación
- Ratio de consultas resueltas mediante telemedicina (email o teléfono) sin precisar consulta presencial.

Además se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el servicio de telemedicina prestado al año de su implantación.

DURACIÓN
La elaboración de la hoja informativa se está llevando a cabo para poder empezar con el proyecto en cuanto se nos conceda la dirección electrónica. Si los resultados son positivos, tanto para los pacientes como para los profesionales del equipo, se mantendrá esta actividad de forma indefinida.
El registro de la actividad se realizará diariamente con revisión mensual. La monitorización de la actividad generada se evaluará a los 6 y 12 meses de comenzar la misma, y de forma paralela se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que la hayan utilizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0606

1. TÍTULO

SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES HERRERO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA
GARISA ROCHE GEMA
MAINAR LATORRE MARIA PILAR
PELEGRIN INGLES FELIX
POYUELO SALLAN MONSERRAT
OLLERO ORTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZO CHARLA A LOS NIÑOS DEL COLEGIO FIGUERUELAS Y GRISEN EN ABRIL POR SANITARIO.
SE HIZO CHARLA A PROFESIONALES DE RIESGOS DEL TABACO EN NIÑOS Y JÓVENES Y EXPOSICIÓN DEL PROYECTO EN ABRIL.
INFORMARON LOS PROFESORES A NIÑOS Y JÓVENES EL PROBLEMA DEL TABACO EN ABRIL .
PRIMERA SEMANA DE MAYO SE HICIERON MURALES, DIBUJOS POR NIÑOS Y JÓVENES .
COLOCACIÓN DE MURALES EN CENTRO SALUD DE ALAGON Y EN CONSULTORIOS DEL RESTO DE PUEBLOS Y SE MANTENDRÁN TODO ESTE AÑO SE DIO UNA GRATIFICACIÓN A LOS PARTICIPANTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HA SERVIDO PARA CONCIENCIAR A PROFESIONALES SANITARIOS,PROFESORES, NIÑOS, JÓVENES Y EL RESTO DE POBLACIÓN DE LOS DAÑOS DEL TABACO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HAN REALIZADO TODAS ACTIVIDADES SALVO EN PEDROLA QUE HUBO PROBLEMAS CON PROFESORADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/606 ========== ***

Nº de registro: 0606

Título
SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

Autores:
HERRERO GIL MARIA ANGELES, CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA, GARISA ROCHE GEMA, MAINAR LATORRE MARIA PILAR, PELEGRIN INGLES FELIX, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, OLLERO ARTIGAS ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: multiples enf cardiovasculares ,pulmonares, neoplasias, osteoporosis ,enfermedades fetales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según el instituto Nacional de Estadística el 24% de la población de 15 o más años afirma que fuma a diario.
Mueren cada año en España 56.000 personas debido al tabaquismo.
Una de cada tres personas de éstas muertes se producen en edad laboral.
El tabaco es el factor de riesgo asociado a seis de las ocho principales causas de muerte.
El 43% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida,el 35%en el último año y el 12% lo fuma a diario(ESTUDES 2012-2013)
Ocasiona contaminación del medio ambiente : en España se consume alrededor de 89.000.000 cigarros al día y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0606

1. TÍTULO

SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

una colilla provoca la contaminación de 8 litros.

RESULTADOS ESPERADOS
-Concienciar a los niños y jóvenes del beneficio de no iniciarse en el consumo del tabaco .
-Reforzar su autoestima por no dejarse influenciar por la publicidad y por grupo de amigos.
-Dar a conocer a población de zona básica de Alagón los riesgos del tabaco.

MÉTODO
-Charla entreprofesores y sanitarios para decidir el tema de actividades : murales, dibujos, fotografías.
-información de profesores a los niños y jóvenes sobre el tabaco.
-realización de murales, dibujos o fotografías por niños y jóvenes.
-charla de profesional sanitario en colegio de Figueruelas y Grisen.
-colocación de murales,en salas de espera de consultorios. En Alagón se colocan murales fotos,en respectivos colegios e institutos.
- Dar una gratificación a todos los participante.
-Exponer durante todo el años en consultorios y centro de salud los más votados.
-Dar una gratificación

INDICADORES
-numero de niños participantes en Figueruelas y Grisen / número de niños de 4º a 6º de EP de esos colegios x 100
-nº de niños participantes / nº total de niños de 6 a 16 años de zona básica de salud x 100

DURACIÓN
EN FIGUERUELAS Y GRISEN:
20 de marzo reunión entre profesorado y sanitario decidir tema.
21 marzo reunión sanitario con alcaldes de ayuntamientos para informar de actividad y proponerles su participación en financiación de la gratificación a los participantes.
El 10 de abril en colegio Figueruelas y el 18 de abril en colegio de Grisen charla del sanitario a los niños " el tabaco contamina".
Del 23 al 27 de abril realización de murales por niños.
Del 2 al 24 colocación de todos murales en consultorios.
Desde el 25 de mayo se colocan los tres más votados durante un año en el consultorio.
EN RESTO DE ZONA BÁSICA DE ALAGÓN :
Del 2 de abril al 20 de abril sanitarios se reunen con directores de colegios e institutos y con alcades para comentar la realización de esta actividad realizada durante 3 años ya por consultorio de figueruelas para extenderlo al resto de colegios de zona básica de Algón :el tema en Remolinos " para disfrutar a saco no necesitas tabaco" y en el resto de colegios e institutos " menos cajetillas y más zapatillas"
Del 12 al 25 de mayo realizacion de : educación primaria dibujo con sus padres rn DINA4,, los de educación secundaria murales en grupos . y los de bachiller realizar fotografias.
-Del 25 al 31 de mayo del 2018se celebrara la SEMANA SIN HUMO en colegios y consultorios colocando carteles .
El jurado realizara la valoración de los trabajos presentados durante la semana del 25 al 30 de mayo.
Los tres mas votados se expondras durante un año en consultas respectivas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0792

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA CORTES MARINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a)3/04/2018 se elige responsable del EAP: Dra Cortés Marina

b) Asistencia de la responsable a la Jornada de presentación IRASPROA .13/04/2018

c) Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP. 28/06/2018. Trece asistentes

d) Sesión IRASPROA, generalidades, presentación y colocación de carteles informativos " Antibióticos, solo cuando sea necesario " para profesionales y pacientes, firmas de compromiso por parte de los miembros del equipo y encuesta on-line. 13/12/2018. Doce asistentes.

e)Realización por parte del referente del curso on-line de optimización del uso de antibióticos del salud.

f) Acudir a las diferentes reuniones presenciales del grupo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hay un responsable/referente del programa en el centro
-Reuniones periódicas del equipo: uso racional del antibiograma, resistencias en el sector, uso de pruebas para aproximación diagnóstica, prescripción diferida
-Compromiso del equipo con el programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido implicar al equipo, acordándose la programación periódica de sesiones PROA durante 2019, con una frecuencia aproximada de una sesión mensual . Durante 2019 ya se ha realizado una el 24/01/2019 de ITU y hay otra programada el día 14/02/2019 sobre test rápido estreptocócico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/792 ========== ***

Nº de registro: 0792

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE AP

Autores:
CORTES MARINA ROSA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0792

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril 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 - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 11/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de enero a mayo se establece relación con los responsables de todos los centros educativos que corresponden a nuestro centro de salud: Alagón:
-Colegio Ntra. Sra del Castillo
-Colegio Público de Alagón
-IES Conde de Aranda
Pedrola:
Colegio Público Cervantes
Grisen
-Colegio Público Grisen
Figueruelas
-Colegio público Insula Barataria
Remolinos
-Colegio público Alfredo Muiños
Colegio Rural agrupado de Lumpiaque
Entablamos relación con todos los ayuntamientos que corresponden con nuestro centro de salud..
Contactamos con las Comarcas Alta del Río Ebro y Valdejalon.(Presidente y responsables de deportes).
Se convocan dos Consejos de Salud.
Organizamos concurso de dibujo y de murales para niños de Primaria y ESO en el día Mundial contra el tabaco, donde participaron más de 500 escolares. los ayuntamientos colaboraron para entregar como premios balones y material de ddeporte a los niños de los coloegios que colaboraron.
Se ralizó trabajo fín de grado: Beneficios de la fisioterapia respiratoria en pacientes con EPOC, a proposito de un programa comunitario.
Charla diabéticos (ADE Zaragoza).
Paseos saludables organiza Comarca Alta del Río Ebro y derivamos desde consultas de Atención primaria.
Primeros auxilios, prevención de accidentes (5º y 6º primaria Colegio Alagón).
Educación al parto. Matrona.
Educación sanitaria y preparación a la maternidad. grupo de apoyo a la lactancia.
Salud mental. Grupos de dolor-depresión.
Sesiones clínicas:
-Actividades comunitarias 3-5-2018.
-Paseos saludables: 25-10-2018
-21-11-2018 valoración intermedia de proyectos de calidad
20-12-2018 Beneficio de la terapia respiratoria en pacientes EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de participantes de los Proyectos de Actividades Comunitarias superó los 500 participantes que nos habíamos propuesto.Objetivo conseguido.
La relación se estableció con el 100% de los Centros escolares de nuestra zona de salud y participaron todos menos uno.Objetivo conseguido.
La relación con los ayuntamientos fué del 100%. Objetivo conseguido.
Dos Consejos de salud (27-3-2018 y 25-10-2018). Objetivo conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras los contactos con colegios, ayuntamientos y Comarcas nos han propuesto nuevas actividades que estamos planificando (RCP profesores y primeros auxilios en niños), prevención drogas (hablamos con MAPA Zaragoza).
Nos falta realizar Agenda Comunitaria, redactarla y darla a conocer(SARES...).
Mejorar el funcionamiento del Consejo de Salud para dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

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

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

Nº de registro: 0862

Título
ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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


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

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

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

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Fecha de entrada: 31/01/2019

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

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

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

Los profesionales han sido informados mediante las reuniones de Calidad realizadas por el Dr. Benito Luño el 22-5-2018, y 21-11-2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha utilizado el comando de diabetes del programa OMI para la obtención de datos, utilizando la comparativa de indicadores en la HBA1c y la revisión del pie diabético con el Sector Zaragoza III y Aragón, obteniendo a fecha de enero 2019 los siguientes datos:
-HBA1C indidador global
C.S. Alagón =29%
por debajo del Area Zaragoza III =32%
y de Aragon =39%
-En cuanto a la revisión del pie diabético
C. S. Alagón=15%
por debajo del Area Zaragoza III=23%.
y de Aragon = 35%
Nuestro objetivo que era mejorar estos valores, no se ha conseguido tal y como esperabamos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El no disponer de un kit para la revisión del pie diabetico en todas las consultas de enfermería así como tener solamente un aparato para la medición del I.T.B. ha dificultado la realización de dichas mediciones, no obstante este año en los consultorios anejos la C.S. Alagon se ha solicitado a los Ayuntamientos en la dotación de consultas varios kits para la medición del I.T.B.
Seguiremos insistiendo en la realización de estas actuaciones para mejorar el control del paciente diabético

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0872

Título
EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

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

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

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

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

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

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

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

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

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0928

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA RUIZ FERRANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABELLO BLASCO PIEDAD
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
MIRANDA ARTO PILAR
MARIN IZAGUERRI PILAR
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
RASCON VELAZQUEZ SONIA
GARISA ROCHA GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de encuesta a los profesionales para conocer su sensibilidad y conocimientos del tema al principio de nuestro proyecto en 2018
Formación. Dos sesiones clínicas con medicos del mundo de una hora de duración cada una de 8-9 horas.
1-Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina.
2-La trata de personas con fines de explotación sexual, una forma de violencia de género.
Sesión clínica con Asuncion Cisneros, se planifica en dos ocasiones pero no puede acudir, nos envía la documentación al centro de salud, y esta pendiente la sesión clínica en marzo 2019.
Asistencia de profesionales al curso de violencia de género(SALUD).
Semana de sensibilización de los profesionales, con "busqueda activa de mujeres"coinidiendo con el día mundial 25 de noviembre contra la violencia de género.
Profesionales del centro acuden a la mesa de la Comarca del Río Ebro: Violencia de género.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sensibilización de los profesionales con el tema violencia de género.
Mejora de los conocimientos de los profesionales, se realiza nueva encuesta al final del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Diferentes opiniones entre los profesionales sanitarios de como abordar a estas pacientes, no todo el mundo cree conveniente preguntar en una consulta "¿que tal estás con tu pareja?.
Lo importante de la coordinación de los servicios sanitarios con otros servicios, como cuerpos de seguridad, servicios sociales,servicios de igualdad y educación.
Tenemos que seguir formandonos y buscando soluciones, para conseguir la atención global de las víctimas de género.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/928 ========== ***

Nº de registro: 0928

Título
VIOLENCIA DE GENERO CENTRO DE SALUD ALAGON

Autores:
RUIZ FERRANDEZ ELISA, ABELLO BLASCO PIEDAD, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, MIRANDA ARTO PILAR, MARIN IZAGUERRI PILAR, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, RASCON VELAZQUEZ SONIA, GARISA ROCHA GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0928

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto estaría enmarcado en la estrategia nacional para la erradicación de la violencia.
Contra la mujer y protocolo de actuación contra la violencia de género en ´la población correspondiente al centro de salud de Alagón.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar actividades de prevención y atención a la VG en colaboración con centros educativos y sociales (actividades de la comunidad).
Conocer la sensibilidad de los profesionales en relación con la violencia de género.
Concienciar a los profesionales sobre la violencia de género.
Desarrollar herrramientoas que favorezcan la detección de la violencia de género.
Detectar a lo largo del periodo a las víctimas de la violencia de genero

MÉTODO
Realización de encuesta a los profesionales para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación al tema.
Formación y recuerdo a los profesionales del uso del Servicio al maltrato a la mujer. OMI.
Informar a los profesionales del equipo de atención primaria de la causística del maltrato de su zona de salud.
Formación a todos los profesionales del centro endetección y manejo del problema atraves de una sesión impartida por Asunción cisneros.
Desarrollo de una semana de detección en la que los profesionales realizan una busqueda activa de mujeres.
Evaluación del impacto de estas actividades y exposición al equipo de atención primaria.
Formar parte de la mesa de la comarca en relación con Violencia de género.
Conocer protocolos: Mutilación genital femenina, trata de mujeres.

INDICADORES
Indicadores provenientes de las encuestas.
descripción de los casos detectados

DURACIÓN
De enero a mayo sesiones formativas: mutilación genital femenina, trata de mujeres.
Hablar con Asución cisneros para sesión clinica (25-10-2018).
De mayo a diciembre planificar encuestas, y panificar la semana de detección de violencia de género.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC: se han establecido unas recomendaciones de atención para pacientes de Insuficiencia Cardíaca (en adelante, ICC). Dichas pautas se han expuesto a los miembros del equipo en una sesión clínica dedicada a ello.

Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias: Ha sido diseñado un protocolo de atención básica tras el alta hospitalaria. Dicho protocolo ha sido redactado por los tres miembros de este proyecto. Queda pendiente su comunicación y recogida de sugerencias del resto de miembros del equipo. Estas última fase se realizará en las próximas semanas en una reunión monográfica.

Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia): Se ha realizado este apartado dentro del protocolo, anteriormente referido.

Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc.: Los miembros de este proyecto lideran reuniones periódicas de revisión de casos y actividades a las que están invitados el resto de los miembros.

Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores: Están en elaboración, dipticos con consejos de cuidados para estos paciente. La información se ha basado en los consejos proporcionados en las sesiones de educación al paciente con insuficiencia cardíaca, por parte de enfermería en la U. de Insuficiencia Cardíaca del H. Miguel Servet.

Diseñar Indicadores de seguimiento: Se ha recogido los indicadores referidos en el siguiente párrafo.

Registrar las actividades realizadas: Las actividades realizadas constan el el sistema informático de historia clínica de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física: Se han realizado charlas informativas en colegios e institutos de la zona sobre tabaquismo. Paseos saludables, organizados desde la Comarca Ribera Alta del Ebro.
-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica: Antigripal en el 85,7%, Neumococo 35,1%)
-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso,T.A., Actividad física diaria: 92,3%
-Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento: 86,2%
-Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan: 83, 2%
-Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC: 98%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, y la imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día.
Existe una gran dificultad en el acceso a los datos concretos en la información de cada paciente. Ha sido preciso revisar manualmente, paciente por paciente, los registros de la HCE. En este aspecto los sistemas informáticos disponibles presentan grandes ineficiencias.
Desde el punto de vista asistencial, hay un margen de mejora en la cobertura de vacunación frente al Neumococo.
A destacar el alto cumplimiento de las visitas tras el alta de un ingreso hospitalario.

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

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

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

1. TÍTULO

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

Nº de registro: 1128

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN
Abril – Diciembre 2018:
- Sesión clínica sobre uso de terapia farmacológica en IC.
- Diseño de protocolo en manejo de alteraciones analíticas en ICC.

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

1. TÍTULO

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

```
- Inicio de reuniones para revisión de casos/grupo de trabajo IC del Centro.
- Formalización de un consenso sobre derivación de pacientes a Cardiología.
- Plantillas de información y Autocuidados para pacientes y cuidadores.

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

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1199

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR FRANCO DE LA IGLESIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA BENITO MARIA JESUS
BLASCO CASTELLO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han realizado las siguientes sesiones clinicas formativas y autoformacion en urgencias y RCP:
el 5/4/2018 sesion calidad carro: paradas por Benito Luño y Pilar Franco
el 7/6/2018 sesion de RCP, eminentemente practica realizada por Alejandro Bierge y Susana Ochoa
- Se han elaborado protocolos para la revision y reposicion de maletines de urgencias con listas rotativas de todos los profesionales para, aparte de tenerlos completos, todo el personal se familiarice con todos sus componentes
Tambien hay un protocolo de revision semanal del carro de paradas realizado por Maria Pilar Franco
- elaboracion de documentos de registro y control para designar el procedimiento de asignacion profesional ante una situacion urgente y situaciones excepcionales por ausencia de profesional por causa no previsible (5/6/2018)
- el 7/8/2018 colocacion en lugares estrategicos de algoritmos sobre patologia urgente

En cuanto a los recursos empleados se ha solicitado al 061 los muñecos para la RCP, asi como se ha utilizado diferentes apoyos informaticos para la realizacion de las sesiones informativas
Los profesionales han sido informados de este proyecto mediante las reuniones de calidad realizadas por el dr Benito Luño el 22/5/2018 y el 21/11/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han utilizado como fuente las actas elaboradas en el centro de salud de Alagon, asi como la existencia o no de documentos elaborados para este programa “plantilla de reparto de urgencias” y los porcentajes de los profesionales que han participado en las sesiones formativas de patologia urgente y RCP.
Se ha realizado la sesion clinica de patologia urgente y RCP con un total de 25 asistentes, lo que supera el 80%.....OBJETIVO CONSEGUIDO (89%)
Se ha elaborado el documento-plantilla de reparto de urgencias por el servicio de admision....OBJETIVO CONSEGUIDO
El porcentaje de personal que conoce el documento tras la reunion de calidad es de 46% según consta en acta del 22/5/2018.....OBJETIVO NO CONSEGUIDO
Se ha elaborado documento de contenido y revision de carro de paradas y maletines de urgencias que esta colocado en el tablon de la sala de urgencias, especificando los componentes y el turno de revision

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
IMPORTANCIA DE LA REVISION PERIODICA DE MALETINES Y CARRO DE PARADAS PARA REPONER Y FAMILIARIZARSE CON SUS CONTENIDOS
IMPOTENCIA PORQUE AUNQUE EL EQUIPO HAGAMOS LO PROYECTADO DEPENDEMOS DE MANTENIMIENTO PARA EN CASO DE DETECTAR ANOMALIAS SE SUBSANE Y LLEVAMOS MAS DE 2 MESES HACIENDO VARIOS PARTES...ETC SIN ASPIRADOR DE SECRECCIONES....POR MUCHO CARRO DE PARADAS QUE HAYA SI NO SE PUEDE ASPIRAR IGUAL NO VALDRIA PARA NADA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1199 ========== ***

Nº de registro: 1199

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR, BADIA BENITO MARIA JESUS, BLASCO CASTELLO CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1199

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patologia urgente en el C.S. y a domicilio
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El equipamiento en la sala de urgencias y en los maletines de urgencias debe reunir unos mínimos de contenidos, basados en la recomendaciones de expertos. Es fundamental disponer de un carro de paradas bien equipado y organizado. En situaciones urgentes pueden derivarse errores debidos a la falta de organización. La comprobación del buen funcionamiento, reposición de materiales y medicamentos exige del EAP un compromiso de participación activa y constante formación .

RESULTADOS ESPERADOS
- Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y una organización operativa estandarizada.
- Conseguir una estandarización en el contenido de los carros de parada.
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletin y carro de paradas.
- Establecer un criterio de designación de la urgencia al profesional, en documento explícito y conocido por todos, para evitar demoras.
- Mantener habilidades técnicas profesionales en atención urgente y RCP
- Mejorar la eficiencia del uso del sistema, mediante el uso racional de la atención por parte de la población.

MÉTODO
- Sesiones clínicas formativas y autoformación en urgencias y RCP
- Colocación en lugares estratégicos Algoritmos sobre atención de patología urgente.
- Consensuar un Protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
- Elaborar una matriz / plantilla para designar el procedimiento de asignación profesional ante una situación urgente y situaciones excepcionales por ausencia de profesional por causa no previsible.
- Diseñar material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de Atencion Continuada / Urgencia extrahospitalarias

INDICADORES
- Sesiones clínicas formativas: Actas de sesiones clínicas
- Existencia de documento / plantilla de reparto de urgencias (emergencias) en el Centro de Salud o domicilio. (SI / NO)
- Porcentaje de profesionales que conocen el documento (80%)
- Porcentaje de profesionales que ha participado en formacion de patologia urgente y RCP (80%)
- Número de profesionales del Centro que han asistido a una sesión relativa a urgencias / numero total de profesionales del Sector.
- Documento de contenido y revisión de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias .

DURACIÓN
Mayo - Diciembre:
- Sesiones clínicas formativas
- Elaboración de documentos de registro y control
- Elaboración de documentos de divulgación de uso adecuado del Servicio
- Registro de las Actividades.

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

OBSERVACIONES
Los recursos materiales ya están disponibles

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1633

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LOBERA NAVAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES REDONDO CARMEN
CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado semanalmente una reunión con el grupo de madres lactantes y otra de masaje infantil. En ambas reuniones ha participado la matrona y en el grupo de lactancia también han participado la enfermera de pediatría y la pediatra.
La captación de los pacientes y la difusión de las reuniones se ha llevado a cabo en las consultas de las profesionales que dirigen las actividades.
Se entrega a las madres información por escrito de estos proyectos durante el seguimiento del embarazo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha observado mejora en la solución de problemas de lactancia y manejo de disconfort del lactante entre las madres que acuden a estas reuniones.
La forma de obtención de esta información es la observación de los motivos de demanda en las consultas
No se han propuesto indicadores concretos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se pretende continuar con esta cadencia de reuniones mientras sea posible y la carga asistencial lo permita.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1633 ========== ***

Nº de registro: 1633

Título
APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Autores:
LOBERA NAVAZ PILAR, ANDRES REDONDO MARIA CARMEN, CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

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

PROBLEMA
La zona de salud de Zaragoza capital Bombarda tiene una población de 16.082 (tis). Esta zona forma parte, junto con el resto de zonas de salud de Zaragoza capital, de la entidad de Zaragoza del municipio del mismo nombre. El Equipo de Atención Primaria está constituido y en funcionamiento desde el 1 de noviembre de 1991
Índice de Dispersión Geográfica del EAP: G1.
Recursos humanos:
En el Centro de Salud trabajan 9 médicos de Familia, 2 pediatras, 1médicos de Atención continuada, 10 enfermeras, 1 enfermera de atención continuada, 1 matrona, 1 auxiliar de clínica, 5 personal de admisión.
Existen varias asociaciones de vecinos, tres colegios y dos institutos.
Ademas en la zona existen varias guarderías, una residencia de ancianos y Centros de día de mayores.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1633

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Mantener y mejorar en lo posible el conocimiento de la población sobre los beneficios de la lactancia materna.

MÉTODO
A traves de sesiones prácticas, a modo de talleres de periodicidad semanal acompañadas de charlas para aumentar los conocimientos, y eliminar tabues, el el que se adiestra a las madres en la técnica más apropiada de lactancia y masaje infantil.

INDICADORES
Encuestas de conocimiento previo y posterior así como encuesta de satisfacción

DURACIÓN
El año del actual Acuerdo de Gestión con el objetivo de su continuidad permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 25/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se eligió a Félix Gutiérrez Moreno como responsable del uso de antibióticos en el equipo en una reunión celebrada el día 19/4/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018.
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP, el día 24/5/2018.
Reunión de trabajo "Consumo de antibióticos y mapa de resistencias bacterianas en el sector Zaragoza III", el día 5/7/2018.
Reunión de trabajo "Programa de optimización de uso de antibióticos de atención primaria para Aragón", el día 16/10/2018.
Curso ”Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en atención primaria”, el día 29/11/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP (Difusión de los principios generales en Atención primaria u otras) con fechas 25/10/2018 y 13/12/2018. Un 90% de profesionales asistieron el primer día y un 85% el segundo día.
Se colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las paredes de centro tanto en la zona de acceso al público como en las zonas de uso exclusivo del personal sanitario.
Se firmó el compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos, que se remitió por correo a la Dirección de Atención Primaria del sector III.
Presencia de salva pantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP, Félix Gutiérrez Moreno.
2 Reuniones de trabajo de los responsables de antibióticos de los Equipos de Salud.
3 reuniones en el Equipo: en la 1ª jornada presentación de IRASPROA y las dos restantes sobre la difusión de principios generales en Atención Primaria sobre el buen uso de antibióticos.
Participaron entre un 85 y un 90% de profesionales en la formación PROA-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Concienciarnos de la importancia de las resistencias a los antimicrobianos ya que suponen un importante problema de salud pública a nivel mundial. No sólo en salud humana, sino también en salud animal y alimentaria.
La necesidad de establecer una prescripción adecuada, no sólo de la pertinencia del antibiótico sino que tipo de antibiótico a utilizar.
Tener presente el problema de las resistencias en nuestro medio y utilizar así el antibiótico más pertinente.
Establecer la necesidad de un reciclado permanente e informar de las herramientas que ya están a nuestra disposición en el programa OMI.
Mantenimiento del programa, mediante reuniones de los responsables para la trasmisión de la información actualizada de resistencias, así como de las novedades que pudieran aparecer.
Aumentar la coordinación con servicios de urgencias, especializada, medicina privada (sobre todo dentistas) y farmacias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/758 ========== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
Los datos se extraerán del informe del centro de las actas firmadas de asistencia a sesiones

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0836

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS TORRECILLA CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENCISO CIRIANO LOURDES
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL
MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las sesiones clínicas previstas con el equipo de atención primaria, con revisión de las guías de enfermedad renal crónica, los criterios de seguimiento y control y derivación a nefrología. Cuatro en total.
Se ha realizado una sesión formativa con el equipo de enfermería sobre la función renal y sus implicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como indicamos en la elaboración del proyecto, el resto de indicadores sobre registro de la enfermedad renal crónica y porcentajes de pacientes con registro de filtrado glomerular, microalbuminuria, presión arterial, hemoglobina glicada, y terapia triple Whammy deben explotarse desde el programa OMI-Ap.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades propuestas se han realizado satisfactoriamente.
Nos gustaria conocer el grado de consecución de los objetivos propuestos, para lo que necesitamos la colaboración de la dirección de atención primaria para explorar los datos del registro en OMI-Ap.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/836 ========== ***

Nº de registro: 0836

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

Autores:
TORRECILLA CONDE JESUS, ENCISO CIRIANO LOURDES, ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Paciente renal y cardiovascular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La función renal en condiciones normales decrece progresivamente a partir delos 40 años, de modo que a los 80 el filtrado glomerular es prácticamente el 50 % del máximo alcanzado.
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que afecta a gran parte de nuestros pacientes, por el envejecimiento progresivo de la población y por la merma de la función renal asociada a patologías cada vez más prevalentes en nuestro medio: HTA, DM2, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular. Es una patología infra diagnosticada, de evolución progresiva y poco registrada.
Conocer el estado de la función renal de nuestros pacientes es importante además para:
- Valorar su riesgo cardiovascular
- Ajustar las dosis de los fármacos al grado de función renal
- Evitar nefrotoxicidad, iatrogenia, en los que ya tienen comprometida su función renal

Los fármacos más comúnmente implicados en la nefrotoxicidad desde atención primaria son los antibióticos y los AINEs. Especial mención merece la prescripción concomitante de un IECA o un ARA II junto con un diurético y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0836

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

un AINE (incluído los inhibidores de la COX2), se conoce como “triple whammy”. Esta asociación incrementa el riesgo de fallo renal un 30%.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aumentar el grado de detección precoz y de registro de la ERC en la historia clínica
2. Mejorar el control de los pacientes con ERC, abordar sus factores de riesgo
3. Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5. Establecer criterios de derivación a nefrología

MÉTODO
ACCIONES
1.- Revisión en el EAP del Consenso para el manejo de la ERC de la SEN y otras sociedades por el EAP
2.- Establecer planes de detección de ERC en la población de riesgo
3.- En los pacientes con ERC control periódico de PA, filtrado glomerular y albuminuria, además de glicada en los diabéticos.
4.- Revisión de pacientes con terapia triple Whammy.
FORMACION:
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
- Sensibilizar a nuestros compañeros de las consecuencias del uso generalizado de los AINEs y la polifarmacia
- Adecuación de la dosis de fármacos en ERC
- Advertir la importancia del estilo de vida en la ERC, actividad física, dieta, tabaco y control de peso.
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo.
- Mejora del registro en OMI del episodio ERC
- Mejora del control y del registro de los factores de riesgo en los pacientes con ERC

INDICADORES
1.- Número de sesiones clínicas realizadas por el EAP durante 2018 sobre el proyecto
2.- Porcentaje de diagnóstico registrado en OMI de ERC, sobre la población total. Estimando un registro escaso, proponemos incrementarlo en el 50 % durante 2018
3.- Porcentaje de pacientes con factores de riesgo de ERC: HTA, DM y ECV, a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG)y la MAU en el periodo de evaluación, 75%
4.- Porcentaje de pacientes con ERC, o con riesgo de ERC que tienen registrada la PA, 75%
5.- Porcentaje de pacientes con ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses, 75%
7.- Número de pacientes con triple terapia Whammy . Proponemos un descenso del 50 % durante el 2018.

DURACIÓN
I TRIMESTRE
- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso
II TRIMESTRE
- Sesiones formativas:
Revisión de Guía, delos criterios de seguimiento y control y de los criterios de derivación a nefrología
III TRIMESTRE
- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas
IV TRIMESTRE:
- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas
I TRIMESTRE 2019
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RENALES SOLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL
ALEGRE LOPERENA ANTONIO
SANCHWEZ BUEY MILAGROS
RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN
OÑA RAMOS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado diferentes sesiónes clinicas (seis en total) para presentación del proyecto, puesta en marcha, seguimiento, talleres de RCP y finalmente se ha llevado a cabo un simulacro de atención urgente en el centro de salud, con la presentacion de varios supuestos (urgencia en domicilio, asistencia urgente en la via publica, urgencia en el centro de salud y supuesto de asistencia de parada en el centro de Salud).
Se han colocado en lugares estrategicos tanto el esquema del circuito de asistencia urgente, como los protocolos de asistencia urgente con las recomendaciones del European Resucitation Council

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado el circuito de asistencia urgente y el conocimiento del mismo por parte de todo el personal del centro, tanto sanitario como no sanitario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha puesto de manifiesto la existencia de algunas debilidades en el protocolo establecido, en el conocimiento del circuito de urgencias por parte del personal, asi como en la distribución de los turnos de guardia.
Se recomienda ajustar las agendas a los turnos de urgencia con el fin de evitar que se solape consulta ordinaria y turno de urgencias, lo que mejora la rapidez de respuesta en caso de urgencia.

7. OBSERVACIONES.
El equipo propone la realización periodica y sistemática de simulacros de atención urgente.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/901 ========== ***

Nº de registro: 0901

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE ESTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Autores:
RENALES SOLER ISABEL, NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL, ALEGRE LOPERENA ANTONIO, SANCHEZ BUEY MILAGROS, RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN, OÑA RAMOS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

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

PROBLEMA
La asistencia urgente, en especial aquella que conlleva un riesgo vital, siempre genera algun tipo de controversia sobre el tiempo requerido para llevarla a cabo, los medios materiales y el personal que en cada momento debe prestarla.
En momentos de urgencia las probabilidades de errores por, a veces, ir demasiado deprisa son elevadas. Ello demuestra que se hace necesaria la existencia de circuitos de asistencia claros, accesibles y conocidos por todo el personal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Por otro lado, es en la asistencia urgente donde el margen de error se minimiza, donde se hace más necesaria la adecuada capacitación y entrenamiento de los profesionales que deben atenderla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el tiempo y la calidad de respuesta ante la demanda de una atención urgente.
Establecer y conocer protocolos de asistencia urgente en el Centro de Salud para todos los supuestos de demanda de dicha atención que se reciben. Es decir:
Comunicación telefónica o presencial para una atención domiciliaria.
Demanda de asistencia en la vÍa publica
Situación de urgencia en el Centro de Salud (en consultas o en la sala de espera).
Establecer y conocer el circuito de demanda asistencial urgente en el centro de Salud para todos los supuestos:
Personal de urgencia
Supuestos de personal no localizado de forma inmediata
Supuestos de personal asignadoausente por licencia, baja, etc no sustituida

MÉTODO
Reuniones de trabajo del equipo que forma parte de este proyecto para diseñar el circuito de atencion urgente y definir los protocolos a seguir para cada situación, de acuerdo con las guías publicadas y aceptadas internacionalmente.
Establecer los controles adecuados para comprobar que se realizan de manera correcta las revisiones programadas de la vitrina de medicación el material y el carro de paradas de la sala de urgencias.
Sesiones clínicas en las que se abordaran las cuestiones que se consideren más importantes en cuanto a las pautas de actuación para cada situación de urgencia.
Sesiones específicas de RCP con material simulador para el entrenamiento de todo el personal.
Realización de Simulacros de asistencia urgente.
Ambas actividades deberan tener una continuidad en el tiempo más alla de la duración de este proyecto.
Transmitir a la población por medio de carteles / Posters y a través del Consejo de salud de los circuitos de asistencia urgente con el fin de mejorar y optimizar su utilización.

INDICADORES
Comprobación de las planillas de revisión periódica de la sala de urgencias.
Monitorización del tiempo de respuesta entre la comunicación de una situación de urgencia y su prestación.
Seguimiento numerado de las incidencias que se observen en cada atención urgente realizada.
Asistencia a las sesiones teóricas y prácticas

DURACIÓN
El Proyecto comienza en Abril de 2018 y finaliza en Enero de 2019
Reuniones de trabajo en abril y mayo 2018
Sesión clínica sobre protocolos de asistencia urgente Junio de 2018
Sesiones de RCP teóricas y Prácticas en septiembre de 2018
Simulacro de atención urgente en Noviembre de 2018

Sesión clinica para evaluar el grado de eficacia del 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 - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

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

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRADES VILLANUEVA ELENA
GUTIERREZ MORENO FELIX
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
FERNANDEZ FALCON CAMINO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- SE ACUDE A LA ASOCIACIÒN DE VECINOS DEL BARRIO, PREVIO ANUNCIO DEL PROYECTO. FEBRERO' 19.
- A: BREVE PRESENTACIÒN TEÒRICA POR PARTE DE UN MÈDICO Y UN ENFERMERO/A DE LOS SIGUIENTES CONTENIDOS:
1.- IMPORTANCIA DE MANTENER UNA ACTIVIDAD FÌSICA REGULAR, PARA MANTENER UNA SALUD OSTEO-MUSCULAR EN FORMA
2.- ALIMENTACIÒN SALUDABLE BASADA EN UNA DIETA BAJA EN AZÙCARES REFINADOS: CONOCER EL ELEVADO CONTENIDO EN AZÙCAR DE LOS ALIMENTOS DE LA VIDA COTIDIANA.
3.- CONCEPTOS BÀSICOS DE LA RCP.
- B:
1.- EJERCICIOS EN GRUPO PARA MEJORAR LA SALUD DE:
- NUESTRA COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR
- NUESTROS BRAZOS
- NUESTRAS PIERNAS.
2.- PRESENTACIÒN DE ALIMENTOS Y LECTURA DE ETIQUETAS PARA CONOCER EL CONTENIDO EN AZÙCAR.
EXPOSICIÒN DE LÀMINAS CON BEBIDAS Y ALIMENTOS PARA VER SU CONTENIDO EN AZÙCAR.
3.- PRÀCTICA CON UN VOLUNTARIO DE RCP BÀSICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- SE REALIZÒ UN TEST DE PREGUNTAS CERRADAS, ANTES DE LA PRESENTACIÒN TEÒRICA DE LOS CONTENIDOS, PARA VALORAR LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PRESENTES (PRE-TEST). 5 PREGUNTAS X TEMA.
- SE REALIZÒ UN TEST DE PREGUNTAS ABIERTAS AL FINALIZAR LA JORNADA, PARA VALORAR LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS, DESTREZA DE LOS PARTICIPANTES Y LO EXPUESTO POR LOS PONENTES (POS-TEST

- LOS PARTICIPANTES SE HAN SENSIBILIZADO CON TODOS LOS TEMAS TRATADOS, Y HAN SEÑALADO EN EL COLOQUIO FINAL DE LA IMPORTANCIA DE INTEGRARLOS EN SUS VIDAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- LOS PARTICIPANTES VALORAN MUY POSITIVAMENTE LOS CONTENIDOS Y LAS PRÀCTICAS DE LOS 3 TEMAS EXPUESTOS. EL GRUPO ESTÀ MUY SATISFECHO.
- LOS PARTICIPANTES HAN ENCONTRADO MUY UTIL PARA SU VIDA EL TALLER. HA HABIDO MAYOR AFLUENCIA DE POBLACION FEMENINA; PARECE MAS SENSIBILIZADA CON LOS TEMAS.
- LA DURACION DEL TALLER HA PARECIDO ESCASA.
- SE COMENTA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN MONOGRÀFICO DE CADA TEMA DE FORMA INDIVIDUALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1130

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

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

1. TÍTULO

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

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0912

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSEFA PUEYO USON
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA ROSA LUCAS DOLORES
FERNANDEZ MOLTO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 3 reuniones de equipo. Ademas de un cribado sobre VG durante una semana.
1ª reunión de equipo: para formación en VG e información del proyecto a realizar Realización de cuestionario inicial. (19/04/2018)
2ª reunión de equipo: previa a la realización de la semana del cribado y acordar la ficha de recogida de datos y registro en historia clínica (10/10/2018).
3ª reunión de equipo: comunicación de resultados de la semana del cribado y realización del 2º cuestionario. (7 Marzo 2019)
Semana del cribado: 12 a 18 de Noviembre.
Se han elaborado los siguientes materiales: Cuestionario inicial y final. Ficha de recogida de cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La participación del equipo tanto en las reuniones como en la semana del cribado sobre VG ha sido al 100%.
Se realizaron un total de 150 cuestionarios en la semana de cribado (mujeres mayores de 14 años que acuden solas a consulta).
El cribado consiste en una pregunta que si es positiva se amplia con otra, si es positiva se realiza cita en consulta de trabajo social y se aplica el protocolo VG.
Se han captado 7 nuevos casos donde hay VG y se realiza protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sensibilización del equipo de atención primaria sobre VG es necesaria para una captación mas activa de pacientes con está problemática.
La realización de un cribado anual también aumenta la captación de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/912 ========== ***

Nº de registro: 0912

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE BOMBARDA-MONSALUD

Autores:
PUEYO USON MARIA JOSEFA, DE LA ROSA LUCAS DOLORES, FERNANDEZ MOLTO CONSUELO, RENALES SOLER ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

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

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

PROBLEMA
El proyecto se enmarca en la Estrategia Nacional para la errradicación de la Violencia contra la Mujer y los Procedimientos de actuación contra la Violencia de Género en la Ciudad de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la sensibilidad de los y las profesionales del Centro de Salud en relación a la Violencia de Género.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0912

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD

Concienciar a los y las profesionales sobre la Violencia de Género.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG
Detectar a lo largo del periodo a las mujeres que padezcan VdG.
.

MÉTODO
Realización de un cuestionario a profesionales para conocer la sensibilidad y conocimientos sobre VdG. (1)
Sesión formativa (al menos 1) sobre uso del protocolo sobre VdG y su registro en OMI.
Informar al equipo sobre la casuística de maltrato en la ZBS
Desarrollo de una "Semana de Detección" en la que los profesionales realizarán una búsqueda activa de casos.
Evaluación del impacto de las actividades y exposición de resultados a EAP.
Realización de un cuestionario a profesionales para conocer la sensibilidad y conocimientos sobre VdG. (2)

INDICADORES
Comparación de cuestionario 1 y 2.
Realización de la sesión formativa
Realización de la semana de detección y análisis del resultado. Descripción de los casos detectados.

DURACIÓN
Cuestionario 1: Junio
Formación: Junio o Septiembre
Semana de Detección : a determinar (sep-octubre)
Descripción de los casos : Octubre - Noviembre
Cuestionario 2: Noviembre.

OBSERVACIONES
Siempre: atender los casos detectados, registrar en OMI, informar a la paciente de sus derechos y recursos disponibles y derivar al profesional /recurso adecuado a las circunstancias que presente. Apoyar siempre

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1252

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

Fecha de entrada: 14/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COBOS HERNANDEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 2 de de 2018 se elige responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP de Borja.
Asistencia del responsable a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018.
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP en una sesión de 1 hora de duración el día 28 de junio de 2018.
Sesión de antibióticos en el EAP (difusión de los principios generales en Atención Primaria) con fecha 24 de octubre de 2018 y de 1 hora de duración.
Colocación de posters sobre "antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas y sala de espera de urgencias del CS de Borja.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los antibióticos.

Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP de Borja.
Se han realizado 2 sesiones sobre el buen uso de antibióticos en EAP: la 1ª tuvo lugar el día 28/6/18 con el título Principios Generales de IRASPROA en Atención Primaria y una 2ª el día 24/10/18 sobre el impacto ecológico del uso de antibióticos, problemática de la utilización, resistencias bacterianas y presentación de la guía antimicrobiana, participando en ambas sesiones el 100% del equipo. Al finalizar esta 2ª sesión se firmó el compromiso con los principios de PROA-AP de IRASPROA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena acogida e interés por parte del EAP de Borja por el PROA-AP y por la guía antimicrobiana, que es frecuentemente consultada por los profesionales del equipo.
Concienciación de los profesionales del buen uso de los antibióticos y la necesidad de desarrollar los principios de PROA-AP en nuestro trabajo diario.
Realizaremos sesiones periódicas para mantener el interés de los profesionales sobre el buen uso de los antibióticos, comunicar resultados y logros del equipo.
Mejorar la accesibilidad a la guía antimicrobiana (poder consultarla desde OMI) y poder consultar índices/tablas de uso de antibióticos por parte de cada profesional y del equipo en conjunto.

7. OBSERVACIONES.
Hemos hecho 2 sesiones y no 3 por que por el medio estaba el periodo vacacional y se trataba de que estuviera todo el equipo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1252 ========== ***

Nº de registro: 1252

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN APEN EL EQUIPO

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, PABLO OCON LUIS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1252

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

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

PROBLEMA
Consideramos que debemos realizar este proyecto dada la importancia de la resistencia a los antimicrobianos, lo cual es y será en un futuro próximo un problema de salud pública.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antibióticos en nuestras consulta.
Adherirnos al IRASPROA.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a jornada apresentación IRASPROA.
Dar a conocer al EAP, los pricipios de PROA,
dar sesiones formativas de resistencias Antibacterianos, infecciones más frecuenbtes y su tto en nuestro medio.

INDICADORES
Responsable del EAP.
Difusión de principios generales PROA.
3 sesiones año.
Porcentaje de profesionales asistentes,>80%.

DURACIÓN
DE abril a diciembre 2018, consideramos que se debe insistir en años posteriores, dada la importancis de tema.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 13/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
ALIAGA GONZALEZ CARMELO
PALLARES SISAMON FELIPE
BALLESTEROS ABAD ANA
SANCHO ARIÑO VIRGINIA
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El EAP informo a la población sobre la posibilidad de realizar un taller para detectar una parada cardiorespiratoria y realizar adecuadamente los primeros eslabones de la cadena de supervivencia ante una RCP hasta que llegue el soporte sanitario,
Las enfermeras de referencia detectaron que la población creía conveniente que el EAP debía ir a la comunidad para salir de la consulta y de su zona de confort para ser una figura mas cercana y proporcionar estos conocimientos en la población adolescente.

Ante esta demanda, el EAP se puso en contacto con el Instituto Joaquín Costa de Cariñena para ofertar un taller sobre RCP, promoción de hábitos saludables (alimentación y actividad física), prevención de consumo de drogas.
El taller tuvo lugar para el alumnado y profesorado de bachillerato con una duración de una hora y media con cada curso. Primero tuvo lugar la parte teorica sobre hábitos saludables, consumo de drogas y RCP, para posteriormente realizar la parte práctica.
Los alumnos se dividieron en 3 grupos: RCP adulto y uso del DEA, PLS y maniobra de heimlich, RCP y heimlich en lactantes donde tanto el alumnado como el profesorado pusieron en práctica los conocimientos adquiridos mediante la simulación de casos.

El calendario sufrió alguna modificación a causa de la demanda de la población:
El contenido se preparo entre Junio y Agosto: una presentación en power point tras realizar una revisión sistemática sobre los temas descritos anteriormente
El taller tuvo lugar a final del último trimestre del año

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La encuesta de satisfacción que rellenaron los participantes al finalizar el taller demuestra que el taller cumplió con sus expectativas en el 100%. De hecho, todos lo consideraron como una actividad comunitaria muy importante e imprescindible para evitar muertes súbitas. Dada la buena acogida que tuvo entre el alumnado y profesorado, desde el instituto nos propusieron realizar este taller anualmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A causa del movimiento interno del equipo por traslados, no se pudo realizar adecuadamente un cuestionario previo y post para valorar los conocimientos presentes y adquiridos.
El EAP se siente muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada gracias a la buena acogida que ha tenido entre los participantes, y sobre todo por enseñar unos conocimientos básicos que salvan vidas.

7. OBSERVACIONES.
Como consecuencia del movimiento interno del equipo, algunos componentes del proyecto no son los mismos que cuando se envió el proyecto inicial.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/784 ========== ***

Nº de registro: 0784

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

Autores:
ORENSANZ ALAVA AFRICA, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, BALLESTEROS ABAD ANA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTELLANO IRALDE SUSANA, SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

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

PROBLEMA
Desde el EAP se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas.

Como consecuencia de los casos de muerte súbita extrahospitalaria detectada en la Comarca de Cariñena y el impacto provocado en la sociedad, el equipo se plantea realizar actividades en pequeños grupos de diversas edades ante la posibilidad de que se produzcan nuevamente y la población esté bien formada para poder actuar hasta que lleguen los recursos sanitarios.

Para ello se seleccionaron dos temas:
1. Las maniobras de RCP básica en población adolescente y adulta.
2. Concienciación sobre hábitos saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.

- Propocionar los conocimientos y habilidades necesarios para detectar una parada cardiosrespiratoria y realizar adecuadamente los primeros eslabones de la cadena de supervivencia, porque una intervención rápida ante una PCR hace viable que los equipos de emergencia puedan actuar y salvar a la persona una vez que se presenten.

- Promoción de hábitos saludables como aliemntación saludable, ejercicio y prevención de consumo de drogas.

MÉTODO
El EAP pondrá carteles en el CS de referencia y en los consultorios locales informando de la actividad que se propone con la fecha y lugar.
La población > de 14 años podrá apuntarse a este actividad formativa comunicandoselo a su enfermera de referencia.

Además el EAP se pondrá en contacto con el Instituto de la zona para ofertar una charla sobre promoción de hábitos saludables (alimentacion y ejercicio) y prevención del consumo de drogas.
Una vez se tenga el numero de interesados para la actividad formativa se procederá a la organización de talleres según número.
Los componentes del EAP realizarán una presentación en formato power point sobre RCP, otra sobre hábitos saludables y prevención del consumo de drogas. Después, se pondrá en práctica la teoría expuesta.
Se pasará a los asistentes un cuestionario previo y post taller para valorar los conocimientos presentes y adquiridos. También una encuesta de satisfacción y se procederá a la recogida de datos y su posterior evaluación.

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

DURACIÓN
Planificación del proyecto: Mayo 2018
Preparación del contenido de los talleres entre Junio y Julio
Realización de los talleres teorico-práctico entre Septiembre y Octubre 2018 con dos horas de duración; 30 minutos de teoría y una hora y media de práctica orientativamente.
Se concertará con el Instituto para impartir una charla sobre hábitos saludables y prevención de consumo de drogas en Octubre al inicio del nuevo curso lectivo.
Evaluación Final: Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

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

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
SANCHO ARIÑO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elección de un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo (María Redondo Collado).
-Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 abril 2018.
-Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP (sesión realizada el 10 mayo 2018, con una participación mayor al 80% de los componentes del equipo). Se han realizado dos sesiones más en donde se mostró el acceso a la guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en intranet, para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otra sesión formativa relacionada con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias, infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP.
-Colocación de pósters sobre "antibióticos sólo cuando sea necesario".
-Firma del compromiso de los profesionales sobre uso adecuado de antibióticos.
-Análisis de los episodios de faringoamigdalitis estreptocócica durante los meses de septiembre a diciembre 2018 para conocer el manejo diagnóstico y prescripción en dichos episodios por parte de los profesionales del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La participación en la campaña sanitaria promovida grupo Irasproa y la asistencia a las sesiones ha sido alta (>80%)
Se utilizan los criterios de Centor y el test de detección rápida de antígeno estreptocócico para predecir la posible etiología bacteriana en los 82 episodios diagnosticados en dicho periodo:
En un 32% de los episodios aparece reflejado un criterio de Centor; en el 32% 2 criterios de Centor; en el 8% 3 criterios de Centor y un 10% 4 criterios. El strepA se realiza en el 32,5% de los episodios pediátricos y el 6% en adultos. En un 84% de los episodios se prescribió antibiótico de espectro reducido (amoxicilina/ penicilina), en el 12% se prescribió amoxicilina/clavulánico, el el 4% otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El buen uso de los antibióticos es una responsabilidad compartida, siendo especialmente importante el papel de los profesionales de atención primaria.
El equipo conoce los principios generales PROA y guía antimicrobiana como propuesta de ayuda a la prescripción de antibióticos, esto debe ayudar a lograr que en la práctica clínica, la prescripción de los antibióticos sea un proceso de razonamiento clínico con un objetivo, su uso óptimo.
Debe utilizarse más la técnica de detección rápida de antígeno estreptocócico por ser una prueba fácil y rápida de realizar.
La prescripción de antibióticos de espectro reducido resulta un dato satisfactorio. Hay todavía cierto margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.
La colocación de pòsters, salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos es una buena iniciativa para concienciar a profesionales y pacientes. En los consultorios médicos no se dispone de test (StrepA) pero se facilitará la prueba.
Ha habido cambios en el equipo y se tendrá que volver a incidir mediante sesiones en los principios generales PROA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1174 ========== ***

Nº de registro: 1174

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
REDONDO COLLADO MARIA, COLAS BELTRAN FERNANDO, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, SARASA PIEDRAFITA DELFIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

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

PROBLEMA
La resistencia a los antibióticos es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global.
Los profesionales y las instituciones sanitarias tienen un papel fuendamental en su solución.
La faringoamigdalitis aguda en el adulto, es una de las enfermedades infecciosas más comunes en la consulta del médico de familia. La etiología más frecuente es viral. Dentro de las etiología bacteriana, el principal agente responsable es el EBHGA. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana, son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico. Sin estas técnicas se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócia, con la consigiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimización del uso de antibióticos en atención primaria y pediatría.
- Uso de guía de tratamiento antimicrobiano/PROA como herramienta de ayuda a la optimización del tratamiento antimicrobiano.
- Conocer y aplicar criterios de Centor en la FAA para aproximación a la probabilidad de causa bacteriana.
- Incorporar pruebas de diagnóstico rápido (STEP A) en atención primaria a la práctica habitual.
-Adecuar tanto el diagnóstico de FAA bacteriana y la prescripción de antibióticos a la evidencia científica disponible (antibiótico de elección amoxicilina y penicilina. La asociación de amox-clavulánico no está indicada en el tratamiento inicial en la infección aguda. Los mácrólidos tampoco son un tratamiento de elección, su uso debe reservarse para pacientes con alergia a penicilina)

MÉTODO
Un profesional del equipo (responsable del proyecto y referente del uso de antibióticos en el equipo), asistió el 13 de abril 2018 a la presentación del IRASPROA.
Se realizó una sesión el 10 de mayo 2018 en donde se dio a conocer los principios generales PROA (participaron >80% de los componentes del equipo)
Se van a realizar más sesiones, en donde se mostrará el acceso a la Guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en INTRANET para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otras sesiones formativas, relacionadas con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias.
Con el manejo de las escalas y la técnica de diagnóstico rápido, elaboramos un algoritmo de manejo de FAA (score de Centor 3 ó 4, se realizará Strep A y tratar con antibiótico si es positivo)

INDICADORES
- Existe un responsable/refenente del uso de antibióticos en el equipo
- Nº sesiones realizadas sobre formación en uso adecuado de antibióticos (3 sesiones/año)
- % profesionales médicos del EAP que realizan cálculo score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A) en episodio de FAA
-Episodios de FAA con score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A)
- Episodios de FAA con an antibiótico de espectro reducido.

DURACIÓN
De abril 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 - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
SANCHO ARIÑO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elección de un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo (María Redondo Collado).
-Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 abril 2018.
-Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP (sesión realizada el 10 mayo 2018, con una participación mayor al 80% de los componentes del equipo). Se han realizado dos sesiones más en donde se mostró el acceso a la guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en intranet, para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otra sesión formativa relacionada con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias, infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP.
-Colocación de pósters sobre "antibióticos sólo cuando sea necesario".
-Firma del compromiso de los profesionales sobre uso adecuado de antibióticos.
-Análisis de los episodios de faringoamigdalitis estreptocócica durante los meses de septiembre a diciembre 2018 para conocer el manejo diagnóstico y prescripción en dichos episodios por parte de los profesionales del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La participación en la campaña sanitaria promovida grupo Irasproa y la asistencia a las sesiones ha sido alta (>80%)
Se utilizan los criterios de Centor y el test de detección rápida de antígeno estreptocócico para predecir la posible etiología bacteriana en los 82 episodios diagnosticados en dicho periodo:
En un 32% de los episodios aparece reflejado un criterio de Centor; en el 32% 2 criterios de Centor; en el 8% 3 criterios de Centor y un 10% 4 criterios. El strepA se realiza en el 32,5% de los episodios pediátricos y el 6% en adultos. En un 84% de los episodios se prescribió antibiótico de espectro reducido (amoxicilina/ penicilina), en el 12% se prescribió amoxicilina/clavulánico, el el 4% otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El buen uso de los antibióticos es una responsabilidad compartida, siendo especialmente importante el papel de los profesionales de atención primaria.
El equipo conoce los principios generales PROA y guía antimicrobiana como propuesta de ayuda a la prescripción de antibióticos, esto debe ayudar a lograr que en la práctica clínica, la prescripción de los antibióticos sea un proceso de razonamiento clínico con un objetivo, su uso óptimo.
Debe utilizarse más la técnica de detección rápida de antígeno estreptocócico por ser una prueba fácil y rápida de realizar.
La prescripción de antibióticos de espectro reducido resulta un dato satisfactorio. Hay todavía cierto margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.
La colocación de pòsters, salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos es una buena iniciativa para concienciar a profesionales y pacientes. En los consultorios médicos no se dispone de test (StrepA) pero se facilitará la prueba.
Ha habido cambios en el equipo y se tendrá que volver a incidir mediante sesiones en los principios generales PROA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1174 ========== ***

Nº de registro: 1174

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
REDONDO COLLADO MARIA, COLAS BELTRAN FERNANDO, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, SARASA PIEDRAFITA DELFIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

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

PROBLEMA
La resistencia a los antibióticos es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global.
Los profesionales y las instituciones sanitarias tienen un papel fuendamental en su solución.
La faringoamigdalitis aguda en el adulto, es una de las enfermedades infecciosas más comunes en la consulta del médico de familia. La etiología más frecuente es viral. Dentro de las etiología bacteriana, el principal agente responsable es el EBHGA. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana, son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico. Sin estas técnicas se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócia, con la consigiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimización del uso de antibióticos en atención primaria y pediatría.
- Uso de guía de tratamiento antimicrobiano/PROA como herramienta de ayuda a la optimización del tratamiento antimicrobiano.
- Conocer y aplicar criterios de Centor en la FAA para aproximación a la probabilidad de causa bacteriana.
- Incorporar pruebas de diagnóstico rápido (STEP A) en atención primaria a la práctica habitual.
-Adecuar tanto el diagnóstico de FAA bacteriana y la prescripción de antibióticos a la evidencia científica disponible (antibiótico de elección amoxicilina y penicilina. La asociación de amox-clavulánico no está indicada en el tratamiento inicial en la infección aguda. Los mácrólidos tampoco son un tratamiento de elección, su uso debe reservarse para pacientes con alergia a penicilina)

MÉTODO
Un profesional del equipo (responsable del proyecto y referente del uso de antibióticos en el equipo), asistió el 13 de abril 2018 a la presentación del IRASPROA.
Se realizó una sesión el 10 de mayo 2018 en donde se dio a conocer los principios generales PROA (participaron >80% de los componentes del equipo)
Se van a realizar más sesiones, en donde se mostrará el acceso a la Guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en INTRANET para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otras sesiones formativas, relacionadas con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias.
Con el manejo de las escalas y la técnica de diagnóstico rápido, elaboramos un algoritmo de manejo de FAA (score de Centor 3 ó 4, se realizará Strep A y tratar con antibiótico si es positivo)

INDICADORES
- Existe un responsable/refenente del uso de antibióticos en el equipo
- Nº sesiones realizadas sobre formación en uso adecuado de antibióticos (3 sesiones/año)
- % profesionales médicos del EAP que realizan cálculo score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A) en episodio de FAA
-Episodios de FAA con score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A)
- Episodios de FAA con an antibiótico de espectro reducido.

DURACIÓN
De abril 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 - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADORACION MAS SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORENSANZ ALAVA AFRICA
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
CASTILLO NAVARRO ANTONIO
RODRIGUEZ DIAS VICTORIA
REDONDO COLLADO MARIA
MINGUEZ MARTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para alcanzar los objetivos planteados se han realizado varias reuniones entre medicina y enfermería valorando diferentes guías de tratamiento en insuficiencia cardíaca y documentos de recomendaciones escritas que se entregan a los pacientes por parte de diferentes profesionales (documento ligado a OMI; guías práctica de la SemFyC, información desde el servicio de Medicina Interna, recomendaciones del Servicio Andaluz de Salud,etc.). Con todo ello se llegó a un consenso sobre qué información es más relevante en nuestro medio, quien debe entregarla y explicarla al paciente y en qué puntos insistir con mayor intensidad. Siempre buscando la coherencia y puntos de coincidencia entre toda la información que puede llegarles desde varias vías para evitar confusión. Se realizó una sesión por parte de medicina (Adoración Mas) y otra por parte de enfermería (África Orensanz) para informar al resto de compañeros del EAP. Después se dejó a la disposición de todos la información y las conclusiones extraídas de las reuniones, se propuso la organización del seguimiento conjunto del paciente con insuficiencia cardíaca, se resolvieron dudas y se aprobó la implementación de la propuesta.
El calendario inicialmente planteado no ha sido posible cumplirlo debido a los cambios en el personal del centro que han afectado a más de un tercio de la plantilla sanitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los indicadores de evaluación propuestos se ha conseguido realizar las sesiones informativas, el consenso de funciones en relación a la insuficiencia cardíaca entre medicina y enfermería, concretar al información a trasmitir a los pacientes y vacunar de la gripe y el neumococo. Sin embargo, no ha dado tiempo a valorar si ha mejorado el número de pacientes correctamente vacunados (que no aprecía ser un problema para el EAP), o los que tenían al medicación correctamente prescrita o la disminución de apcientes que acuden a urgencias hospitalarias o los que quedan ingresados por insuficiencia cardíaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Plantear un proyecto contando con la colaboración del todo el equipo, aunuqe es lo ideal, es muy complicado cuando la estabilidad de los que lo forman está en riesgo. El equipo se ha mostrado agradecido del trabajo y la exposición sobre el tema porque el concepto y tratamiento de la insuficiencia cardíaca está en constante investigación y cambio. Queda pendiente valorar los resultados antes y después de la sesión clínica, pero no parece tener demasiado sentido hacerlo, puesto que estaríamos comparando a diferentes facultativos, ya qeu son 5 de 9 los MAP que han cambiado en el CS de Cariñena en las consultas ordinarias de mañana.

7. OBSERVACIONES.
a lo largo del último añi han cambiado varios compañeros MAP y MAC, además de algunos en enfermería, que ha condicionado la priorización de trasmisión de información en el centro y el retraso de la sesión inicial del proyecto. Además, uno de los integrantes iniciales (Dionisio Langarita) ha sido sustituido por Cristina Mínguez Martin.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1363 ========== ***

Nº de registro: 1363

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MAS SANCHEZ ADORACION, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, ORENZAZ ALVA AFRICA, LAVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, REDONDO COLLADO MARIA, LANGARITA LANGARITA DIONISIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

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

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

PROBLEMA
La prevalencia de insuficiencia cardíaca oscila actualmente en los países desarrollados entre el 1-3% de la población, aumentando hasta el 10-20% en mayores de 70 años. Se posiciona como la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y representa algo más del 2% del gasto sanitario nacional. A pesar de ello con frecuencia se encuentra infradiagnosticado e incorrectamente tratada.
El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) debe contemplar factores precipitantes, factores pronósticos y clase funcional. Uno de los factores pronósticos, predictor de mortalidad,es el bajo nivel de educación sanitaria. Su implementación ha demostrado una disminución de hasta un 30% de reingresos hospitalarios. La falta de adherencia al tratamiento supone la primera causa de descompensación cardíaca.
Dentro del tratamiento además de las recomendaciones generales, se incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico. Este último excede las funciones de un centro de salud. Hay tres grupos farmacológicos imprescindibles que han evidenciado reducción de mortalidad e ingresos hospitalarios: IECAs, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. Todos fármacos manejables de los EAP.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar el nivel de educación sanitaria respecto a la IC en pacientes y familiares que la presenten y potenciar sus cuidados.
2. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
3. Optimizar el uso de servicios de urgencias y hospitalización.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO
1. Realización de al menos 2 sesiones de formación sobre IC. Una desde medicina enfatizando diagnóstico, derivación (urgencias o cardiología) y tratamiento farmacológico y otra desde enfermería profundizando en prevención (incluidas vacunas), recomendaciones generales y precipitantes.
2. Definición de funciones y criterios de derivación bidireccional entre medicina y enfermería de pacientes con IC.
3. Entrega de información escrita sobre IC y derivación a enfermería tras el diagnóstico o sospecha de IC en consulta médica.
4. Adecuación de la prescripción farmacológica

INDICADORES
1. Realización de 1 sesión de medicina y 1 sesión de enfermería sobre IC.
2. Existencia de consenso en el centro de salud sobre el reparto de funciones y derivación entre medicina y enfermería respecto a la atención de paciente con IC.
3. Pacientes con IC de inicio a los que se les ha entregado información por escrito.
4. Acuerdo,y diseño si es necesario, sobre la información escrita que debe entregarse al paciente con IC de inicio.
5. Pacientes con IC (K77) que tengan prescrito, o lo hayan tenido, IECas y betabloqueantes.
6. Pacientes con IC correctamente vacunados contra la gripe y el neumococo.
7. Número de pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario por su IC.
8. Número de pacientes que son ingresados por IC.

DURACIÓN
1. Realización de al menos 2 sesiones de formación sobre IC. Junio-Julio 2018.
2. Definición de funciones y criterios de derivación bidireccional entre medicina y enfermería de pacientes con IC. Junio-Julio 2018
3. Entrega de información escrita sobre IC y derivación a enfermería tras el diagnóstico o sospecha de IC en consulta médica. julio-diciembre 2018
4. Adecuación de la prescripción farmacológica julio-diciem¡embre 2018.

OBSERVACIONES
El periodo vacacional próximo puede interferir en el desarrollo 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 - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1379

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 23/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAS SANCHEZ ADORACION
REDONDO COLLADO MARIA
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA
MEZQUITA ADAN CRISTINA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
ORENSANZ ALAVA AFRICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como ya comentamos al inicio del proyecto, la atencion urgente extrahospitalaria, es una actividad no poco frecuente en nuestra actividad asistencial, que precisa de una respuesta rápida y eficaz,para lo cual es de vital importancia el adecuado conocimiento y habilidades por parte de todo el personal del centro en atencion urgente y RCP, y y un mantenimiento y organizacion de sala de urgencia, carro de paradas, y maletin de vitales.
Con este objetivo y aprovechando, las sesiones formativas del centro, se realizó un curso dirigido por el servicio aragonés de salud, " TALLER DE SOPORTE VITAL BÁSICO INSTRUMENTAL" al cual asistimos un número elevado de personal del centro, y sobretodo casi todos los componenetes de este equipo de mejora, a los cuales se les paso una encuesta previa y posterior al curso para apoyar nuestro proyecto de calidad, y destacar importancia de la formacion urgente extrahospitalaria.
Se ha realizado nueva tabla de inventario de material del urgencia y maletines con stockage y control de caducidad y firma mensual del personal encargado de dicha actividad, que esta colocado de forma visible en la sala de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Responsables de organización sala de urgencias.
Hoja de inventario actualizado, con stockage y control de caducidad.
Formación anual sobre actuacion urgencias extrahospitalarias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora en el conocimiento y formacion de la atencion extrahospitalaria por parte del personal del centro, compromiso por parte de los mismos para la organizacion y mantenimiento continuo de la sala de urgencia y su material.

7. OBSERVACIONES.
Aunque el proyecto finaliza esta año a nivel de proyecto de gestion, continuara como actividad en la organización del centro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1379 ========== ***

Nº de registro: 1379

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Autores:
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, MAS SANCHEZ ADORACION, REDONDO COLLADO MARIA, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, MEZQUITA ADAN CRISTINA, CASTELLANO IRALDE SUSANA, ORENSANZ ALAVA AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1379

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

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

PROBLEMA
La Atención Urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP, debido a que al ser una situación no demasiado frecuente, que precisa una inmediata respuesta, que puede desarrollarse en medios desconocidos(domicilios, carreteras...) para el personal sanitario, en no pocas ocasiones con pocos datos clínicos conocidos de la persona que precisa nuestra atención, y en muchas ocasiones se le unen el estrés, nervios, ansiedad por parte de lospacientes y sus famiares que indirectamentedificultan la resolución de la situación.
Por eso creemos que es imprescindible que por parte del personal sanitario exista un adecuado conocimiento y habilidades en la atención urgente y en la RCP, un seguimiento y control en el mantenimiento de todo el material necesario para una adecuada actuación tanto en en el centro de salud(sala de urgencias, carro de paradas) como en la atención fuera del centro (maletines urgencias, DESA).

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletines de urgencias. Organigrama para todo el personal sanitario que puede atender una urgencia en un momento determinado, para la revisión periódica del carroparadas, maletines. Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP para con ello mejorar la asistencia de toda la poblacion de nuestro centro.

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
Promover la formación en atención urgente de nuestro personal mediante sesiones formativas de RCP y otros cuadros de patología
urgente.

INDICADORES
Porcentaje de profesionales del EAP que han participado en la formación en patología urgente y atención a una RCP, mediante la recogida de firma en las actas de sesiones clínicas.
Hoja de control de la revisión de material de carro de paradas y maletines.

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta total desarrollo 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 - 2018/0861

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 11/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMATS FRANCO CARMEN
BROTO CIVERA ELENA
TAPIA RUIZ MARIA
PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA
MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable del uso de antibióticos en el equipo (6/04/2018)
Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018
Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP
Sesión de antibióticos en el EAP (Difusión de los principios generales en AP) el 18/12/2018 con asistencia del 80% de los profesionales
Colocación de los posters sobre "Antibióticos, sólo cuando sea necesario" en las consultas
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de antibióticos
Se informa del Proyecto al Consejo de Salud de la zona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP
Nº reuniones sobre el buen uso de antibióticos en el EAP: 2 reuniones, una informativa sobre el grupo IRAS-PROA y el uso racional de antibióticos en AP y otra sobre protocolos de antibioterapia en ITU e infecciones respiratorias
30% de los profesionales hemos participado en formación PROA-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva y satisfactoria de las actividades realizadas con el fin de optimizar el uso de antibióticos en el EAP. Creemos que existe un gran potencial de mejora en la prescripción de antibióticos en el EAP con respecto a los consumos de años previos en el mismo. Hemos generalizado el uso del Streptotest en las consultas de Medicina de Familia. Quedaría pendiente el contactar con el servicio de odontología con el fin de establecer un protocolo de uso adecuado de antibióticos ante intervenciones odontológicas como extracción de piezas (tomando como referente la Guía antimicrobiana de Aljarafe). Consideramos que este Proyecto debe tener una continuidad para lograr alcanzar los objetivos propuestos. Se trata de un proceso de mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/861 ========== ***

Nº de registro: 0861

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA, BROTO CIVERA ELENA, CAMATS FRANCO CARMEN, TAPIA RUIZ MARIA, RUBIO HERNANDEZ JESUS, VILLANUEVA BAEZ ERNESTO, PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA, MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0861

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública, ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la comunidad autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
- Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
- Realizar formación en el uso adecuado de los antibióticos.

MÉTODO
- Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA.
- Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
- Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
- Tener un responsable/ referente del uso de antibióticos en el equipo. (abril 2018)
- Difusión de los principios generales PROA en Atención Primaria. (mayo 2018)
- Indicador: Difusión del informe de consumo/ resistencias a los antimicrobianos en nuestro sector a todos los miembros del EAP. (septiembre 2018)
- Objetivo: Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
- Indicador: Nº de sesiones realizadas sobre PROA
- Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
- Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que hanparticipado en formación en PROA. Objetivo: 80 %
- FI: informe del centro de actas firmadas.

DURACIÓN
De abril de 2018 a diciembre de 2018. Es previsible su continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH RUBIO CAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCOS CALVO MARIA PILAR
ALIAGA GONZALEZ CARMELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- FORMACION DE PERSONAL DEL CENTRO(UN MAP Y UN MAC, DADO QUE NUESTRO CENTRO ES DE COBERTURA 24HORAS, POR LO QUE NOS PARECIO MUY INTERESANTE FORMAR A MEDICOS QUE RELIZARAN SU LABOR EN HORARIO DE 8 A 15H, PERO TAMBIEN PODER DARLE UTILIDAD A LA ECOGRAFIA EN HORARIO DE CONTINUADA Y URGENCIA) EN LA DESTREZA DE LA ECOGRAFIA MEDIANTE UN CURSO TEORICO - PRACTICO EXPEDIENTE 020007 05 1352-A ACREDITADO CON 6.3 CREDITOS.
2.- REALIZAR CURSO PRACTICO CON PACIENTES VOLUNTARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE A LOS QUE SE LES COMUNICO LA INICIATIVA QUE ESTABAN LLEVANDO LOS MEDICOS DE FAMILIA EN DETERMINADOS CENTROS DE SALUD, LA FINALIDAD DEL MISMO Y LOS OBJETIVOS QUE DESEABAMOS ALCANZAR.
3.- EL PLAN DE FORMACION SE LLEVO A CABO EN EL TIEMPO PREVISTO A LA ESPERA DE RECIBIR EN NUESTRO CENTRO EL APARATAJE NECESARIO PARA REALIZAR LAS ECOGRAFIAS YA QUE EN TEORIA EL SALUD SE COMPROMETIO A DOTAR A AQUELLOS CENTROS QUE FORMARAN A SU PERSONAL Y ESTUVIERAN DISPUESTOS A HACER CONSULTA DE ECOGRAFIA EN PRIAMRIA.
4.- AL PERSONAL DE NUESTRO CENTRO SE LE COMUNICO QUIENES IBAN A SER LAS PERSONAS FORMADAS SE EXPLICO EN SESION MATUTINA NUESTRAS IMPRESIONES DEL CURSO, OBJETIVOS, DESCRIPCION DE LOS CONCEPTOS TRABAJADOS Y DESEO DE FORMAR A MAS DE NUESTROS COMPAÑEROS.
5.- SE ELABORO UNA AGENDA ESPECIFICA PARA LA CONSULTA DE ECOGRAFIA, Y SE CONTRATO A PERSONAL DE AUTOGESTION PARA PODER SUPLIR AL MEDICO EN LA CONSULTA DIARIA SIN QUE LA REALIIZACION DE LA CONSULTA ECOGRAFICA FUERA EN DETRIMENTO DE LA PERDIDA DE CALIDAD DE SU CONSULTA HABITUAL Y POR TANTO NO REPERCUTIERA EN SUS PACIENTES.
6.- SE BUSCO UBICACION PARA EL TEORICO APARATO DE ECOGRAFIA EN LA SALA DE PREPARACION AL PARTO DONDE HABIA DISPONIBILIDAD HORARIA SEMANAL Y DONDE SE TENIA LAS CONEXIONES TELEFONICAS PRECISAS PARA PODER ACCEDER VIA INTRANET A LAS CONSULTAS MONOGRAFICAS DE OTOS CENTROS Y DISPONER DE UN ESPACIO VIRTUAL PARA COMPARTIR DUDAS DE IMAGENES Y PODER DEBATIR IMPRESIONES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- TRAS EL CURSO SE HA CONSEGUIDO INICIAR A DOS PROFESIONALES EN LA DESTREZA Y MANEJO DEL ECOGRAFO, DADO QUE NO SOLO ES IMPORTANTE LA IDENTIFICACION DE ESTRUCTURAS SINO EL MANEJO DE LA BOTONERIA DE LA CONSOLA ECOGRAFICA PARA CONSEGUIR SUS MAXIMOS RESULTADOS Y MEJOR PARTIDO DE LAS IMAGENES OBTENIDAS.
2.- IDENTIFICACION DE IMAGENES ECOGRAFICAS CAUSANTES DE LAS PATOLOGIAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN PRIMARIA.
3.- EL IMPACTO DEL PROYECTO SE PREVEIA IMPORTANTE YA QUE DADA LA LISTA DE ESPERA PARA ECOGRAFIA, DESDE PRIMARIA SE QUERIA DISMINUIR DICHA LISTA Y DISMNUIR EL TIEMPO DE ESPERA DE LA INQUIETUD QUE SU PATOLOGIA PODIA CAUSAR AL AFECTADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- LA VALORACION POR PARTE DEL EQUIPO ES MUY POSITIVA YA QUE LA FORMACION QUE SE NOS HA IMPARTIDO HA SIDO REALMENTE BUENA MUY BIEN ENFOCADA POR LOS MEDICOS DE FAMILIA Y HACIA LOS MEDICOS DE FAMILIA SIN ASUMIR FACETAS QUE SON UNICAS Y ESCLUSIVMAENTE DE LOS RADIOLOGOS QUE SON LA FIGURA DE REFERENCIA.
2.- POR CONTRA EL PROYECTO HA QUEDADO SUSPENDIDO POR EL MOMENTO DADO QUE NO SE DOTO AL CENTRO DE LA CONSOLA ECOGRAFICA NECESARIA PARA PODER LLEVAR A CABO DIHA ACTIVIDAD.
AL CENTRO DE SALUD DE CSETAS SE LE DEJO, ANTE LA INSISTENCIA DE LA COORDINADORA Y PERSONAL DEL EQUIPO DE FORMACION, UN ECOGRAFO DEFICITARIO QUE NO TIENE EL MINIMO NECESARIO PARA PODER REALIZAR UN DIAGNOSTICO PRECISO YA QUE LA BOTONERIA NO FUNCIONA Y LA PANTALLA NO SIEMPRE CONSIGUE IMAGEN.
3.- EL PROYECTO SERIA PERFECTAMENTE SOSTENIBLE SI SE DOTARA AL CENTRO DEL APARATO QUE EN UN PRINCIPIO SE TENIA PREVISTO COMO ASI HAN SIDO DOTADOS OTROS MUCHOS CENTROS QUE FORMARON A SU PERSONAL.

7. OBSERVACIONES.
EL CENTRO SOLICITA AL SALUD DOTAR AL CENTRO DE SALUD DE CASETAS CON EL APARATO ECOGRAFICO QUE EN UN PRINCIPIO SE PROMETIO PARA PODER PROSEGUIR CON EL PROYECTO YA QUE TODO EL ESTA SUPÈDITADO A LA CONSECUCION DEL MISMO.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/906 ========== ***

Nº de registro: 0906

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD CASETAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

Autores:
RUBIO CAVERO RUTH, ALIAGA GONZALEZ CARMELO, MARCOS CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Habilidades clínicas y diagnósticas
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el año 2018 se ha dotado al CS Casetas de un Ecógrafo. Se plantea una inquietud del equipo de facultativos de formarse en Ecografía, valorando esta técnica como un apoyo muy valioso a la exploración física y a la valoración y diagnóstico global del paciente en Atención Primaria.
Pensamos que adquirir esta habilidad mejorará nuestra práctica clínica y redundará en un beneficio para el manejo de nuestros pacientes.
Tenemos claro que nuestra labor en ningún momento sustituye la de los especialistas en Radiodiagnóstico que son nuestros profesionales de referencia para la derivación y solicitud de pruebas de imagen de nuestros pacientes, pero queremos que nuestra labor sea complementaria y más que sustituir la de éstos, amplíe nuestro juicio clínico en nuestro nivel asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
-Iniciar una consulta monográfica de Ecografía en Atención Primaria e incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.

-Formar a algunos profesionales en habilidades para el manejo de la Ecografía en AP.

MÉTODO
-Se seleccionó a dos médicos del equipo para desarrollar la consulta monográfica
-Estos profesionales asistieron a un curso de habilidades en Ecografía tanto teórico como práctico, impartido por radiólogos y por otros profesionales de AP con dilatada experiencia en este campo.
-Una vez recibido el aparato de ecografía destinado al centro, los profesionales del grupo se formarán para el manejo de este aparato.
-Se va a poner en marcha una consulta monográfica de ecografía de periodicidad quincenal, de inicio se valorarán pacientes con un estudio ecográfico reciente hecho y se compararán los hallazgos en las dos pruebas para así reforzar la habilidad exploratoria de los profesionales del equipo de mejora.
-Cuando se llegue a la destreza necesaria se podrá abrir la consulta monográfica a las derivaciones de pruebas del equipo. -Por la complejidad de esto, no se valora un cronograma concreto.
-Se realizará una sesión clínica para transmitir al centro el contenido de este proyecto de mejora, de la consulta monográfica y cuál va a ser su desarrollo.
-Se comunicará la puesta en marcha de este proyecto a la comunidad en un consejo de salud.

INDICADORES
-Agenda de Consulta Monográfica de Ecografía de periodicidad quincenal.
-En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía hecha previamente por parte de un radiólogo experimentado. Se evaluará la concordancia entre radiólogo y médico de AP.
-Realización de sesión informativa al EAP.

DURACIÓN
-Selección de los profesionales interesados: febrero-marzo 2018
-Formación de los profesionales: abril 2018
-Establecimiento de agenda de Consulta Monográfica: desde verano de 2018
-Evaluación del proyecto diciembre 2018- Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

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

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

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

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto es Inter-sectorial y Comunitario.
En enero de 2018 surge la idea de realizar un blogg del EAP de Casetas a manera de información y proyecto para la comunidad en colaboración con Sector Zaragoza 1(EAP Villamayor- Dirección Sector 1)
En abril de 2018 se contacta con la responsable de dicho blogg para poner en común las ideas e iniciar el proyecto realizando un boceto inicial.
A lo largo de julio, agosto y septiembre se esboza dicho proyecto, con alguna dificultad técnica.
Se incorpora la herramienta de traductor para que la información pueda ser asimilada por personas de distinta lengua y hacer más fácil su entendimiento.
En los meses de Noviembre Diciembre y Enero se han ido aportando entradas de interés Sanitario y Social.
En Septiembre iniciamos realización de vídeo de presentación y que será colgado en fechas próximas al 28 de febrero.
Se informa de dicho blogg en construcción en el consejo de Salud de la Zona para dar información a los Ayuntamientos y en el proyecto de Salud en Red Comunitaria en el que el EAP Casetas forma parte como proyecto del Sector Zaragoza 3.
Dejamos el enlace para que se pueda consultar https://centrodesaludcasetas.blogspot.com/

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento el número de visitantes ha sido de 433.
Dado que no está completo el blogg no se ha dado opción en la actualidad a los comentarios externos.
Cuando el proyecto esté en fase más avanzada se informará de la pagina a colegios y entidades comunitarias de la zona.
Se dará por concluido el proyecto cuando consideremos la fluidez de la información apta por parte del EAP y sus colaboradores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La información en red es parte importante de comunicación a la sociedad.
Puede ser una gran herramienta para los profesionales sanitarios y los usuarios del Sistema público de Salud.
Es importante la información fiable y la posibilidad de que se entienda en diversos idiomas.
Este proyecto está en construcción y esperamos que sea una herramienta que forme parte de el buen uso del sistema sanitario y de nuestro EAP.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto esta sin concluir, a lo largo del año 2019 se ira perfeccionando y se dará concluido como proyecto, aunque el blogg siga funcionando como una herramienta mas de información de nuestro EAP Casetas.

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

Nº de registro: 0987

Título
BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

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

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

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

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

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

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

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

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

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCOS CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL SOLDEVILA SUSANA
JIMENO MONZON ANA
JULVE VILLUENDAS ISABEL
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES
PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO
RUIZ GARCES JORGE
RUBIO CAVERO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de 2017 se realizó una obra para adecuar el ala izquierda del centro de salud para reunir allí las consultas destinadas a la atención urgente y continuada. Tras la obra queda una consulta para urgencia vital, donde está el carro de paradas y el material necesario para la atención a la urgencia centralizado. En esa sala se sitúa el enfermero de guardia en horario de urgencias. Dos consultas similares para ambos médicos de guardia, con el material necesario para el pase de consulta. Todas las salas están comunicadas entre sí. Hay un pequeño cuarto que se destina a aerosolterapia (adjunto al cuarto de vitales y de enfermería). Se habilitó un aseo para el público. Se habilitó la sala de espera con asientos suficientes. Con esta nueva distribución se limitaba el flujo de pacientes a esta área durante el horario de urgencias y se cierra el acceso al resto del centro de salud, que antes quedaba abierto y sin vigilancia durante todo el horario de atención continuada.
A la vez que se hizo el cambio del área de urgencias se aprovechó para revisar los listados de ISO de carro de paradas y de maletines de coche. En el Salud Aragón no hay disponible un listado unificado de carro de paradas ni de maletín, aunque hay en marcha grupos de trabajo en esta línea. Antes de revisar esto, vimos protocolos de otras comunidades autónomas y también los listados que hay disponibles en la ISO de otros centros de salud, de este proceso conseguimos valorar la parte de los materiales que nos parecía adecuada y detectar alguna carencia en la que no habíamos reparado.
Se trabajó en equipo médicos y enfermería del centro de salud para mejorar la distribución y material necesarios en cada una de las consultas, con el objetivo de que el área de urgencias tuviera el material necesario para el trabajo en las guardias y la necesidad de ir al almacen central (en la otra parte del centro de salud) fuera sólo ocasional. Se retiraron materiales y fármacos duplicados así como los que no eran de uso en la consulta de urgencias. Se pidió material extra que no estaba disponible previamente. Se han instalado gavetas y puesto 2 mesas a modo de bancada en la sala principal de urgencias para permitir el trabajo más cómodo y rápido del personal. En las gavetas se ha tipificado cada fármaco tanto con el principio activo como con el nombre comercial y con el nº de unidades recomendadas(stock).
Hasta este año, 2-3 personas se encargaban de la revisión del contenido y caducidades del carro maletín y sala de urgencias. En los últimos meses se ha puesto en marcha una rueda donde se implica por parejas a todos los médicos y enfermeros del centro. Se insiste mucho al personal del centro que cuando algo se use, especialmente del maletín de urgencias y del carro de paradas se reponga y que no se coja de esta sala material para reponer el maletín personal, así como no se dejen coas cercanas a caducar, porque se rompe el control de caducidades.
Se han realizado sesiones de actualización en RCP para todos los profesionales. En la sala de urgencias si han puesto algoritmos de RCP, RCP pediátrica y SCACEST.
En contexto de cambio de coche por el problema de haber sufrido un accidente de tráfico con el anterior, se revisó material que había en el coche fuera del maletín, para optimizar este contenido.
De manera informal varias enfermeras del servicio de urgencias realizan un triaje a la llegada de los pacientes, especialmente cuando la demora para la atención médica es elevada por ser momentos de mucha demanda (invierno, festivos, final de mañanas y tardes), este triaje informal, (preguntan motivo de consulta y datos claves para valorar gravedad) permite que enfermería informe al médico si algun paciente debe ser valorado antes o bien debe ser de atención inmediata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Cambio de área de urgencias, con actividad desde otoño 2018.
-Organización del área de urgencias, optimización de almacenaje y orden del material en gavetas.
-Revisión de listados ISO de carro de paradas y de maletín de urgencias.
-Formación del personal en rcp mediante sesión clínica.
-Implicación de todo el equipo en la revisión de contenido y caducidades del carro de paradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A partir de la oportunidad que supuso la posibilidad de hacer obras en el centro de salud, se ha revisado el proceso de atención a la urgencia, que es uno de los principales del centro, que al ser rural está abierto 24 horas todos los días del año. Al implicar en el mismo a gran parte del pesonal y en los procesos de revisión a todos, se ha mejorado el conocimiento del material y se ha tomado parte activa en el proceso de toma de decisiones, lo que contribuye a la implicación y responsabilidad de todos en la atención a la urgencia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Hubo retrasos en la puesta en marcha del nuevo área de urgencias por falta de material.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/988 ========== ***

Nº de registro: 0988

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Autores:
MARCOS CALVO MARIA PILAR, GIL SOLDEVILA SUSANA, JIMENO MONZON ANA, JULVE VILLUENDAS ISABEL, NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES, PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO, RUIZ GARCES JORGE, RUBIO CAVERO RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

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

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

PROBLEMA
La atención a la urgencia es un punto sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones: Variabilidad en los criterios de atención urgente, diferencias profesionales en formación e implicación, inadecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, inadecuado uso por parte de la población del CS en horario de AC.

RESULTADOS ESPERADOS
Recientemente se ha realizado una obra para adecuar el área de urgencias para la atención a los pacientes en urgencias. Por esta situación se plantea en el CS la necesidad de revisar y optimizar el proceso de atención al paciente urgente que ya se venía realizando en unas condiciones muy adecuadas por el trabajo de años anteriores. Este proceso es uno de los principales del centro, ya que al ser rural el horario de atención continuada es de 15 horas los lectivos y las 24 horas los festivos. El CS es referente de resolución de la atención urgente para la población, que confía en el equipo, y esto se refleja en la alta frecuentación y uso del horario de atención continuada. Somos conscientes de que se debe trabajar en la educación sanitaria de la población para no sobrecargar el servicio y optimizar la atención a los casos más críticos, urgentes o a los pacientes más frágiles.Objetivos:Revisar el procedimiento ya existente (Documento ISO) con los contenidos básicos del carro de paradas y maletines y material del coche de avisos y su revisión.Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada con el resto de los centros de Salud.Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del Centro, como en un aviso domiciliario. Conseguir mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención.

MÉTODO
Revisar el protocolo ya consensuado y establecido de contenido y revisiones del carro de parada y maletín de urgencias y coche de urgencias(documento ISO).Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente..Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente.Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.Revisar protocolos de atención a la patología más prevalente en urgencias, tanto en población adulta como pediátrica.Revisar información escrita para entregar al paciente.Realizar sesión clínica para comunicar evolución del plan de mejora al EAP.Reducir demanda urgente inadecuada, para ello: Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.Establecer un sistema de triaje para determinar el grado de urgencia y contribuir a resolver la demanda.Revisión uso correcto de test rápidos de diagnóstico: estreptotest, combur test.Revisar estadísticas de uso de urgencias: número de pacientes, fechas, horarios, pacientes críticos y/o difíciles, para valorar adecuación del personal en cada guardia.Revisión mediante gestión de incidencias ISO de situaciones de violencia o riesgo para el sanitario como indicador crítico.Redactar un apartado dentro del Manual de Acogida ISO del Centro de Salud, para que con su lectura pueda conocerse la actividad en el área de urgencias.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Creación de un documento en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente. (fuente de información (FI) existencia del documento)Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no Objetivo: Existencia de dicho documento.Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo.Objetivo: Superior al 80%.FI: informe del centro y/o visita al EAP.Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP.Objetivo 80%FI: informe del centro actas firmadas.Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector.Objetivo 80% .FI: informe del centro actas firmadas-Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (documentos ISO) Objetivo 80% FI: informe del centro y/o visita al EAP.Realización de material informativo par la población con las indicaciones de uso adecuado de la atención continuada/urgente. FI: Memoria actividades Centro de Salud.Detección de Incidentes críticos en la atención continuada y urgente. FI: Documento Registro Incidencias ISO.Realización apartado Manual de Acogida, atención continuada/urgente.FI: Manual de Acogida ISO.

DURACIÓN
De mayo a diciembre de 2018. Se prevé continuar hasta el total desarrollo 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 - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE
MARCOS CALVO MARIA PILAR
GARVI SOLER MARIA PILAR
MARTIN RICO MARIA ANGELES
NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA
GARCIA SACRAMENTO CRISTINA
GONZALO TOLA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EN ABRIL DE 2018 SE REALIZA REUNIÓN DE EQUIPO CON PROYECTOS DE CARTERA DE SERVICIOS.
SE DECIDE APROBACIÓN DE PROYECTOS DADA LA POSIBILIDAD DE PERSONAL DE APOYO PARA CUMPLIR OBJETIVO DE CARTERA, EL CUAL NO SE INCORPORA HASTA MEDIADOS DE SEPTIEMBRE.
EN ENFERMERÍA, PARTE IMPORTANTE PARA LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS, DICHO PERSONAL ES DENEGADO.
A LO LAGO DEL VERANO, ÉPOCA DE MENOR CARGA ASISTENCIAL EN TEORÍA, NOS VEMOS OBLIGADOS A REALIZAR SUSTITUCIONES POR FALTA DE PERSONAL SANITARIO.
SE INFORMA EN CONSEJO DE SALUD DE DICHO PROYECTO
SE INICIA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL CON INCLUSIÓN DE PERSONAS DE RIESGO
RECIBIMOS LISTADO DE ENFERMOS CON IC QUE ES ENTREGADO A LOS MAP.
HASTA MEDIADOS DE SEPTIEMBRE NO CONSEGUIMOS DICHO PERSONAL DE APOYO EN MEDICINA Y DADA LA FALTA DE PERSONAL DE SUSTITUCIÓN, DEBE REALIZAR UN PAPEL DE SUSTITUCIÓN MÁS QUE DE APOYO A CARTERA.
EN ENERO DE 2019 PODEMOS COMENZAR CON DICHO PROYECTO POR PARTE DE LOS MÉDICOS DEL EQUIPO.
EN FEBRERO DE 2019 SE REALIZA REUNIÓN DE EAP PARA EXPLICAR PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN PARA POTENCIAR LOS CUIDADOS Y ADECUAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
A LO LARGO DEL MES DE FEBRERO SE PUEDE EMPEZAR A DESCARGAR A LOS MAP DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL PARA PONER CONTINUIDAD AL PROYECTO SECTORIAL DE I.C.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
IMPLEMENTACIÓN DE GUIAS CLÍNICAS: SESIÓN DE EQUIPO
FORMACIÓN: SESION DE EQUIPO
VACUNACION A PERSONAS DE RIESGO
PENDIENTES DE DATOS ESTADÍSTICOS SACADOS DE OMI AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO SE CONSIDERA EN DESARROLLO
LA GRAN CARGA ASISTENCIAL DEL MAP NECESITA DE TIEMPO PARA DAR UNA ASISTENCIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO Y POLIMEDICADO QUE NO SE CONSIGUE EN LA CONSULTA DÍA A DÍA.
SE NECESITAN MAS RECURSOS HUMANOS Y ACCESIBILIDAD A FORMACIÓN E INTERRELACIÓN CON ESPECIALISTAS.

7. OBSERVACIONES.
NO HEMOS CONSEGUIDO CONTACTAR CON CARDIOLOGO DE REFERENCIA.
DADO EL CAMBIO DE PROFESIONALES EN NUESTRO EAP QUIEN ENVÍA EL RESUMEN DEL PROYECTO, NO ES LA PROFESIONAL INICIALMENTE ENCARGADA. POR LO QUE MÁS ADELANTE MANDAREMOS OTRO PROFESIONAL RESPONSABLE SIN EXCLUIR AL RESTO DE LOS PARTICIPANTES

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

Nº de registro: 0990

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA SANCHEZ MATEO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO ALCAY LIDIA
MARZAL CALVO DOLORES
LOPEZ GREGORIO ALICIA
TAPIA PEREZ ANA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de éste taller es mejorar la calidad de vida de las cuidadoras, proporcionandoles estrategias y recursos para desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.
Año 2018 Actividades Realizadas:
Mayo - Junio.- Realización del taller de cuidadoras (ocho sesiones)
octubre - Noviembre.- Realización del taller de cuidadoras (ocho sesiones)
Material empleado: Carteles, dípticos, videos, power point, camilla, esterillas, folios...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal es promover el autocuidado por parte de laos asistentes al taller, tanto a nivel físico cómo a nivel psicológico
Cómo objetivos especificos se han alcanzado:
- Dotar a las cuidadoras de la información,conocimientos y habilidades necesarias que le ayuden a desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.
- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Mejorar el nivel de información sobre recursos sociales enfocados hacia personas dependientes y sus cuidadores, incorporando técnicas de higiene postural .
- Mejorar la percepción de autoestima así cómo aprender a gestionar la esfera emocional
A través de los resultados de las encuestas proporcionadas sabemos que es un taller muy bien valorado por las cuidadoras, considerándolo cómo un recurso necesario en la comunidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestro objetivo se encuentra la continuidad del proyecto
Haciendo dos convocatorias al año en función del número de cuidadoras.
La experiencia es muy positiva y enriquecedora tanto para las cuidadoras cómo para los profesionales ésto nos motiva para seguir realizandolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/678 ========== ***

Nº de registro: 0678

Título
"CUIDARTE"

Autores:
SANCHEZ MATEO OLGA, MEDRANO ALCAY LIDIA, MARZAL CALVO DOLORES, LOPEZ GREGORIO ALICIA, TAPIA PEREZ ANA, TAPIA VILLALBA MERCEDES, GALLEGO RODRIGO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrecarga del cuidador/ Atención psicológica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

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

PROBLEMA
Gran parte de las personas dependientes reciben el cuidado que precisan por parte de la cuidadora principal, sobre la que recae la mayor parte de responsabilidad y cuidados,esto hace que se cree una fuerte dependencia de la persona dependiente hacia su cuidadora,esta dependencia repercute en varias áreas de la vida de la cuidadora,provocando el "sindrome del cuidador". Este taller lo que pretende es que a través de la información y de la formación de las cuidadoras éstas tengan una mejor calidad de vida y puedan afrontar con mas recursos su realidad diaria.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigida es a cuidadoras de personas dependientes.
El objetivo principal es promover el autocuidado por parte de los asistentes al taller tanto a nivel emocional y psicologico cómo a nivel físico.
Los objetivos especificos son:
- Encontrar un espacio donde se sientan comprendidas y escuchadas.
- Mejorar la percepción de la autoestima así como aprender a gestionar la esfera emocional aplicando los conocimientos aprendidos en el taller.
- Manejo positivo de la soledad y gestionar adecuadamente las emociones.
- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Incorporar tecnicas de higiene postural y movilizaciones.

MÉTODO
Al detectar desde la consulta la necesidad por parte de las cuidadoras de una atención más enfocada en aspectos emocionales y de autocuidados,se consideró esencial impartir un taller especifico para ésta necesidad.
Se realizarón test de carga del cuidador para saber el nivel de carga en cada uno de los asistentes,y comprobar la necesidad de cada uno de ellos.
Febrero 2018:
Propuesta del proyecto al EAP, aceptación del proyecto por parte del EAP.
Marzo 2018:
Creación del equipo responsable del proyecto
Obtención del material y divulgación del mismo (dipticos, carteles)
- Reunión informativa al EAP
- Información al Consejo de Salud de Casetas, difusión a la población.
Abril 2018 :
Información del proyecto a la población.
Mayo - Junio 2018 :
Creación del primer grupo de cuidadores y realización de las sesiones
Noviembre-Diciembre 2018:
Creación del segundo grupo de cuidadores y realización de las sesiones.

INDICADORES
nº de cuidadores que acuden
---------- x 100
nº de cuidadores captados en talleres anteriores

nº de cuidadores captados
---------- X 100
nº de pacientes dependientes en la zona basica de salud

Número de sesiones dadas.

DURACIÓN
Son dos talleres a realizar:
El prrimero en Mayo-Junio y el segundo en Noviembre-.Diciembre
En cada taller se impartirán ocho sesiones de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Se realizarán ocho sesiones presenciales de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Los participantes en principio el número idoneo es diez
Sesiones:
1.- Ques es el grupo? cómo cuidarnos a nosotras mismas.
2.- Necesidades Humanas y Habitos saludables.
3.- Aprendiendo a sentirnos bien.
4.-La soledad,tipos,carácteristicas y estrategias para la prevención y el manejo positivo de la soledad
5.- Autoestima
6.-Comunicación con el entorno y Gestón del tiempo libre.
7.-Cuidados esenciales ante el paciente (higiene,alimentación,aseo,cámbios posturales ..)
8.- Espalda sana..

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1302

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA FE GONZALEZ MIR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS ABELARDO
BASELGA MARTIN MARIA LUISA
SERRANO ANDRES PILAR
UCEDO APARICIO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los lunes de 17 a 18 horas he realizado ejercicio fisico con ancianos fragiles. He relizado ejercicios aerobicos, de resistencia y en menor numero de fuerza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La adherencia a la actividad se ha mantenido en un 80% la mayoria de los dias
Han mantenido los resultados de los test realizados
Desde septiembre he aumentado el numero de ancianos a 20
Hemos perdido a un anciano por haber presentado un ictus y tener muchas dificultades para desplazarse
Ninguno de los participantes ha sufrido caida en el año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy importante pautar desde atencion primaria ejercicio fisico monitorizado como algo habitual desde porque mejora la salud psico-fisica, disminuye la toma de analgesicos, mejora la autoestima de los ancianos

7. OBSERVACIONES.
DEBERIA INCLUIRSE EN CARTERA DE SERVICIOS COMO UNA ACTIVIDAD MAS, CON MONITORES ESPECIALIZADOS, UTILIZANDO LOS SERVICIOS DE AYUNTAMIENTO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1302 ========== ***

Nº de registro: 1302

Título
EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA, BASELGA MARTIN MARIA LUISA, MARTIN ABAD LUCIA, CASTILLO MALABIA SAGRARIO, GONZALEZ MIR MARIA FE, UCEDO APARICIO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Disminuir la incidencia de fracturs de cadra
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud hay 13% mayores de 75 años, en mi cupo llegan al 18.5. De estos hasta un 35% son dependientes para las actividades de la vida diaria. El ejercicio se ha demostrado eficaz para disminuir la fragilidad, disminuir la incidencia de fracturas y aumentar la autoestima

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar de forma oportunista en las consultas de atención primaria ancianos frágiles, mayores de 75 años con barthel por encima de 90 y alta fragilidad

MÉTODO
Todos los lunes en el centro cívico Delicias de 17 a 18 horas ejercio, movilizando todas las articulaciones,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1302

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

ejercicios de equilibrio, coordinación y pesas

INDICADORES
Comenzamos en septiembre de 2016 con 16 ancianos, ninguno de los cuales podia realizar, los tes de equilibrio, de la marcha y levantarse de la silla. Alos 5 meses el 90% realizabal los ejercicios correctamente. Se mantienen a los 8 meses

DURACIÓN
A pesar de que la actividad la realizo fuera del hrario laboral, mi intención es continuar haciéndola porque son los ancianos lo que me lo piden

OBSERVACIONES
Este año me ha ayudado un alumno de la universidad de San Jorge que ha presentado el proyecto como TFG.

Valoración de otros apartados

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

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

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

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL LAVEDAN SANTAMARIA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los lunes, de 17 horas a 18 horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:
- Movilización articular
- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 15,78% de los pacientes mejoran su equilibrio, el 73,68% mejoran la velocidad de la marcha y el 36,84% mejoran en el test de levantarse de la silla. De forma global, el 78,94% han mejorado y consiguen un 44,24% de la mejoría posible. Además, destaca una disminución de las caidas, en los 3 meses previos un 15,78% ha´bían sufrido al menos 1 caida y durante los 6 meses analizados un 0% de caidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dados los buenos resultados de este proyecto, la realización de ejercicio físico monitorizado y adaptado debería ser un pilar fundamental en el manejo de pacientes frágiles de nuestra comunidad, considerandose este una actividad necesaria para un envejecimiento saludable.

7. OBSERVACIONES.
Desde las instituciones sanitarias debería promoverse el ejercicio e instaurarse la figura de un monitor de ejercicio físico en todos los centros de salud.

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

Nº de registro: 0733

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

Autores:
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

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

- Movilización articular
- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

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

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

% reducción de fármacos.

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 01/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARANDA CONCEPCION
LOPEZ MAS ROSA MARIA
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a la jornada de IRASPROA el 13 de Abril de 2018, difusion de esta jornada en el centro de salud, sesion de antibioticos en el equipo con la difusion de los principios generales del PROA el 16 de Octubre con asistencia del 70% de los profesionales. Colocacion de los posters en el centro : Antibioticos solo cuando sean necesarios. Firma del compromiso de los profesionales sobre el buen uso de los medicamentos. Presencia de salvapantallas en todos los ordenadores de los profesionales del equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estoy como responsable en el centro de salud del buen uso de los antibioticos
13 de Diciembre 2018 sesion sobre infecciones de vias respiratoias altas. Asistencia de 50% de los profesionles
20 de Diciembre de 2018 sesion sobre infecciones respiratorias de vias bajas. Asistencia 50% de los profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
He observado que los profesionales tienen interes en el tema, les parece muy importante que los antibioticos se usen solo cuando son necesarios.
Ha quedado pendiente que no he logrado que asistan a ninguna sesion los medicos de atencion continuada aunque estaban convocados. Este años,tengo prevista otras 2 sesiones sobre infeccones urinarias y de transmision sexual

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/769 ========== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA, GARCIA ARANDA CONCEPCION, SANZ MARTINEZ DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

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

PROBLEMA
España es el segundo pais de Europa despues de Grecia, en el que mas ha aumentado el consumo de antibioticos en el año 2016, Aragon se encuentra por debajo de las cifras a nivel nacional, aunque la variabilidad entre unos centros y otros es significativa

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar el uso de los antibioticos en Atencion Primaria.
-Disminuir las resistencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

-Formacion en el uso adecuado de los antibioticos

MÉTODO
-Presentracion del programa PROA.
-Sesiones clinicas a lo largo del año, de las patologias infecciosas mas prevalentes en Atencion Primaria.

INDICADORES
-DHDde antibioticos que en nuestro centro fue de 15,25% en 2017.en Medicina de Familia y en Pediatria del 11,63%.
-Consumo de Macrolidos y Penicilinas (72.27% en medicina de Familia y en Peditria en 90.97%).
_disminuir el consumo de cefalosporinas de 3ª generacion

DURACIÓN
Enero de 2018 a 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 - 2018/0922

1. TÍTULO

COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GIL CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRANZ ALFARO ALFREDO
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
NAVARRO DIAZ ISABEL MARIA
ALAVA CAUSAPE AMOR
UCEDO APARICIO ANA
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIDOS 22 DE MAYO:
REVISAMOS OBJETIVOS E INDICADORES DEL PROYECTO
SE PROPONEN CORTES EN LOS MESES DE JUNIO Y OCTUBRE.
SE PROGRAMA REUNIÓN PARA EL DIA 23 DE OCTUBRE.
SE INFORMA AL GRUPO DE TRABAJO EL RESULTADO DE LOS CORTES, EN LOS CUALES SE DECTECTA QUE SOLO HAY 3 PROFES. QUE NO TIENEN DEMORA, UN PROF. CON 2 DIAS DE DEMORA, Y EL RESTO DE 5 A 8 DIAS DE DEMORA
TODOS PROFESIONALES TIENEN EN LA AGENDA DEMANDA NO PRESENCIAL.
SE DECTECTA DISTINTA FORMA DE REGISTRO EN LOS HUECOS DE DNP: DUPLICACION DE CITAS, ESCASEZ DE REGISTRO EN LA MAYORIA DE LOS PROFESIONALES, NO UTILIZACION DE LOS HUECOS DE DNP EN ALGUN PROFESONAL.
NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.
-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.
SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE DETECTA QUE SOLO HAY 3 PROFES. QUE NO TIENEN DEMORA, UN PROF. CON 2 DIAS DE DEMORA, Y EL RESTO DE 5 A 8 DIAS DE DEMORA
TODOS PROFESIONALES TIENEN EN LA AGENDA DEMANDA NO PRESENCIAL.
SE DETECTA DISTINTA FORMA DE REGISTRO EN LOS HUECOS DE DNP: DUPLICACION DE CITAS, ESCASEZ DE REGISTRO EN LA MAYORIA DE LOS PROFESIONALES, NO UTILIZACION DE LOS HUECOS DE DNP EN ALGUN PROFESONAL.
NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.
-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.
SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.
-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.
SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/922 ========== ***

Nº de registro: 0922

Título
COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DEMANDA NO PRESENCIAL Y OTROS FACTORES

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0922

1. TÍTULO

COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES

Otro Tipo Patología: DEMORA EN CITAS
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
EN ESTE C.S HEMOS COMPROBADO QUE UNOS CUPOS MÁS QUE OTROS TIENEN LISTA DE ESPERA DE MÁS DE 3 DIAS Y CONSULTAS MUY SATURADAS EN GENERAL. LA DIRECCIÓN NOS PROPONE BUSCAR PUNTOS DE MEJORA.
ESPERAMOS TAMBIEN HACER RECOMENDACIONES QUE SEAN VALORADAS POR LA DIRECCIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS
ESPERAMOS DISMINUIR LA CITA PRESENCIAL, MEJORAR LA NO PRESENCIAL Y HACER RECOMENDACIONES QUE MEJOREN LA SALUD DE NUESTRA POBLACION.

MÉTODO
HAREMOS REUNIONES PARA SELECCIONAR OBJETIVOS.
COMUNICAREMOS CON EXPERTOS PARA OBTENER LÍNEAS DE MEJORA.
EVALUAREMOS LAS RESPUESTAS Y TRAS CRIBADO DE LAS MÁS ÓPTIMAS, HAREMOS NUEVA CONSULTA CON EXPERTOS, INCLUYENDO A LA DIRECCIÓN PARA AQUILATAR LOS OBJETIVOS.

INDICADORES
VALORAREMOS CADA ACTIVIDAD CADA 3 MESES.
VALORAREMOS LAS AGENDAS DE CITACIÓN CADA 3 MESES, TODO ELLO UNA VEZ PUESTAS EN MARCHA LAS ACTIVIDADES.

DURACIÓN
COMENZAMOS PRIMERA REUNIÓN 22 DE MAYO 2018
FINALIZANDO 31 DE 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 - 2018/0929

1. TÍTULO

ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION
GARIJO GALLEGO CELIA
PINA SANZ ARANCHA
SANCHO RUBIO CRISTINA
SANZ MARTINEZ DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración presentación power point para explicar al EAP lo que es una agenda comunitaria. (junio 2018)
-Reunión con equipo. (septiembre 2018)
-Recopilación de todas las actividades realizadas p el EAP fuera de la consulta (diciembre 2018)
-Reunión con Carmen LLorente (Centro de Convivencia para mayores "Delicias"). Recopilar actividades que se realizan en dicho centro orientadas a la prevención y el mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales de las personas mayores.
-Elaboración de la agenda y presentación al EAP (febrero 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Que todos los profesionales del C.S Delicias Norte conocen las actividades tanto grupales como comunitarias que en dicho centro se realizan.
2. Una mayor asisistencia y uso de dichas actividades.
3. El EAP se ha implicado mas en participar en actividades comunitarias.
4. Mayor difusión de dichas actividades.
5. Mayor comunicación y colaboración con centros del entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de una buena comunicación y colaboración con el EAP en cuanto a la visibilización de actividades realizadas para conseguir mayor cobertura y equidad.
La motivación del equipo aumenta en la medida que participa y colabora en dichas actividades.
La necesidad de seguir trabajando en la atención comunitaria, tanto en consulta recomendando activos; como a nivel grupal. Siempre priorizando las necesidades de la población, haciéndoles partícipe de todo el proyecto y conseguir así un mayor empoderamiento.
La importanciá de la agenda para el EAP, el seguir actualizándola y ampliando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/929 ========== ***

Nº de registro: 0929

Título
ELABORACION DE LA AGENCIA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE

Autores:
SERRANO ANDRES MARIA PILAR, GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION, GARIJO GALLEGO CELIA, PINA SANZ ARANCHA, SANCHO RUBIO CRISTINA, SANZ MARTINEZ DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0929

1. TÍTULO

ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE

PROBLEMA
Hemos detectado que se realizan diferentes actividades comunitarias por diferentes miembros del EAP pero no todo el mundo conoce lo que hace el compañero. Por lo que sentimos la necesidad de hacer visibles todas las acciones grupales y comunitarias que ya se estan realizando en el EAP y de esta forma conseguir mejorar la equidad de estos servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Visibilizar y organizar las acciones grupales y comunitarias que ya se estan realizando en el C.S. Delicias Norte.
Que un mayor número de usuarios puedan beneficiarse de estas actividades.
Conseguir una mayor implicación del EAP en el trabajo comunitario

MÉTODO
Preparar una sesión clínica para el EAP para explicar lo q es una agenda comunitaria.
Q cada miembro del equipo de a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que realizan a parte de consulta individual.
Elaboración de la agenda comunitaria

INDICADORES
Encuesta de participación de la población en las actividades antes y despues de realizar la agenda

DURACIÓN
1. elaborar presentación sesión del EAP. Antes del 31 de junio
2. Sesión al EAP: septiembre 2018.
3. Elaboración de la Agenda Comunitaria. De septiembre 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 - 2018/1071

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO TORRENTE GARRIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ SANCHO ROSABEL
HERRANZ ALFARO ALFREDO
CARREARAS MESTRE BIENVENIDO
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
GIL CORTES MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones de formación al equipo:
1- junio 2018: Abordaje de la IRC en el EAP (A cargo de la DUE Rosabel Muñoz y el Dr. Jose I Torrente)
2- Diciembre 2018: Revisión de la HTA (A cargo del Dr. Jose I Torrente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El propósito de este trabajo es conocer en nuestro centro de salud, los pacientes diagnosticados de IRC para monitorizar su evolución, prevenir complicaciones y tener un mejor manejo de su enfermedad.
Se ha monotorizado durante el periodo 1 junio a 31 diciembre 2018 una muestra de pacientes con el diagnostico de IRC (FG<60%) pertenecientes a dos cupos del Centro de Salud, con los siguientes resultados:
Total de pacientes con insuficiencia renal crónica: 75
El 78,6 % tenían determinación de tensión arterial
El 76% tenían datos antropométricos
El 68% determinación de glucemia
El 38,6% determinación de albuminuria
El 38,6% determinación de HbA1C

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la alta prevalencia de la IRC en la población general y siendo sus principales causas la diabetes mellitus y la HTA, los pacientes diagnosticados de IRC, deben de tener todo un control de parámetros bioquímicos para su adecuado manejo.
El resultado de nuestros datos debe ser mejorado.
Se debe incidir en actividades formativas sobre esta patología en el equipo de atención primaria para la detección y educación de los pacientes.
Un diagnóstico precoz de la IRC y de sus causas permite controlar la enfermedad, retrasando la entrada del paciente en tratamiento de diálisis.

7. OBSERVACIONES.
Al no existir protocolo en programa OMI sobre IRC para el adulto, hay problemas para obtener listados de pacientes con esta patología, que hagan más eficaz su búsqueda.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1071 ========== ***

Nº de registro: 1071

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO, MUÑOZ SANCHO ROSABEL, HERRANZ ALFARO ALFREDO, CARRERAS MESTRE BIENVENIDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, GIL CORTES MARIA TERESA, REJAS MORRAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1071

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

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

PROBLEMA
- La Enfermedad Renal Crónica es un importante problema de salud pública que afecta al 10% de la población (Estudio EPIRCE).
- La ERC es a menudo ignorada y existe infradiganostico.
- La ERC produce elevada morbimortalidad cardiovascular y consumo importante de recursos del Sistema de Salud.
- El tratamiento adecuado previene o retrasa la progresión de la enfermedad y disminuye el riesgo de Enf Cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar la deteccion precoz.
- Disminuir la progresión de la Enfermedad.
- Evaluar el RCV.
- Evitar farmacos nefrotóxios.
- Derivación selectiva a nefrologia.
- Adecuar el tratamiento conservador en estadios avanzados.

MÉTODO
- Determinar Filtrado Glomerular y albuminuria a todas personas con algún Factor de riesgo CV (DM, HTA, obesidad), Enf. CV establecida, familiares con I Renal o > 60 años..
- Seguimiento y monitorización de TA, Peso, Glucemia, Albuminuria, HbA1C,
- Adecuaíon de la dosis de fármacos al grado de I Renal.
- Sesiones clínicas en el CS con revisión de las patologias y factores que pueden influir en la ERC.
- Sensibilizar a los profesinales sobre esta patologia.
- Adquirir conocimientos y aptitudes para mejorar la atención de estos pacientes.

INDICADORES
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado el FG.
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado albuminuria.
- % pacientes con ERC que tienen medida la TA.
- % pacientes con ERC y DM que tienen pedida la HbA1C.
- % pacientes con FG<60 que tienen registrado el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica.

DURACIÓN
- 2º trimestre 2018: Formación del grupo de trabajo, diseño del proyecto, sesión de presentación al EAP.
- 3º trimestre: monotoriación y sugerencias y problemas planteados.
- 4º trimestre: monitorización y Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 28/02/2019

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.
2. Puesta en marcha de un protocolo específico de participación e implicación de los profesionales en la gestión del carro de parada y el cuarto de urgencias.
3. Mejora del protocolo para la organización de la atención urgente en el centro y en los avisos domiciliarios.
4. Indicadores utilizados:
-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas:
-Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro.
-Alta adhesión del equipo a las actividades propuestas (>80%)

2. Recomendaciones:
-Realización de Curso de RCP básica periódico.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1086

Título
ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

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

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN
Fecha de inicio: junio de 2018
Fecha de finalización: marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1362

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA JIMENEZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
8 clases de dos horas de duración con explicaciones teóricas, coloquio, vídeos informativos, gimnasia enfocada a la embarazada y relajación.
Se realiza los martes de 10 a 12 horas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acuden menos mujeres que a las que se oferta.
El número de asistentes es de 2 a 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las mujeres no están motivadas para acudir a las clases. Población multicultural y multiracial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1362 ========== ***

Nº de registro: 1362

Título
EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

Autores:
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Ante la variedad de culturas, razas, veo necesario éste proyecto para educar aconsejar acompañar e instruir en valores y consejos necesarios para un buen desarrollo del embarazo, parto, postparto, cuidados del Recien Nacido, Planificacción familiar y cultura sanitaria como Prevención del CA de cervix. Autoexploracción mamaria

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto de educación maternal para gestantes de 28 semanas con el objetivo de mejorar el proceso del embarazo, parto, postparto, lactancia materna, cuidados del recién nacido, educación sanitaria y anticoncepción, prevención CA cervix, autoexploración mamaria y vacuna HPV.
Conseguir un embarazo satisfactorio, un parto saludable y prevenir riesgos

MÉTODO
Clases todas las semanas 2 horas/semana con vídeos instructivos y clases teórico-prácticas, gimnasia de embarazadas y relajación dinámica adaptada a la gestante.
Como recursos, contamos con vídeos instructivos, música relajante, maquetas para mostrar el proceso del parto, elementos anticonceptivos, elementos de identificación del recién nacido, utensilios que se utilizan en el proceso del parto.
Este servicio cuenta con consentimientos informados para la donación de leche, cordón umbilical y plan de parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1362

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

INDICADORES
El programa que llevará a cabo (proyecto ya iniciado) la monitorización del proyecto es: AppOMI. En éste, incluído en el apartado de embarazo confirmado, se registrarán (ya en proceso) las clases a las cuales asistan las pacientes con los resultados correspondientes.
La fuente de datos utilizada:
1. Cabero L, Sánchez MA. Protocolos de Meidicina Materno Fetal, peripatología. 3º de. Barcelona: Ergon 2008
2.Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de hemorraia post parto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. 2006.
3. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Departamento Técnico. Catálogo de Medicamentos. Colección Consejo Plus. Madrid: Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2009.
4. Ministerio de Sanidad y Consujo. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fichas Técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.aemps.es/
5. Fernández, R., Prats, R., Cabero, LI, Carreras, JM. Y Costa, D. (2005). Protocol de seguiment de l'embarás a Catalunya. 2º de. Barcelona. Generalitat de Catalunya.
6. Medicina, MT., González,A., Podadera, A., Villatoro, V., Martín, E. y Lavado, C. (2000). ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? Medicina de Familia (AND): 1: 37-40
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
8. Gupta PJ. (2007). Effectos of warm sitz batz on symnptoms in post-anal sphinterotomy in chronic anal fissure. A randomized and controlled study. World J Surg. Jul 31 (7), 1480-4.
9. OMS (2007). planificación familiar para proveedores. Ginebra: pp25-266.
10. Fernández R. y Prats R. (2003) Protocol d'assistencia al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública.
11. Gutman, L. (2004). Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Buenos aires: RBA libros, SA.

DURACIÓN
Actividad semanal de duración continuada todo el año.
Responsable de implantación: Matrona Blanca Jiménez Domínguez.
Actividades relacionadas con la evaluación del proyecto y plan de comunicación.
Fecha prevista de inicio: ya en funcionamiento.
Fecha finalización de proyecto: indefinido
Como actividad relacionada con la evaluación del proyecto: nuestro objetivo es realizar un estudio anual de las gestantes que han sido partícipes de las clases en relación con la población a la que le han sido ofertadas. Con este estudio se pretende observar la aceptación del proyecto y estudiar nuevas técnicas para llegar a un máximo de población.

OBSERVACIONES
Es una actividad que realizo semanalmente durante todo el año para aquellas personas que necesitan educación en esta fase de su vida. Es un programa voluntario infravalorado, al que asiste un porcentaje de embarazadas inferior al deseado.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0646

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO FUERTES DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENGUAL GIL JOSE MARIA
DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE
JIMENEZ MARIN EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DOS SESIONES CLÍNICAS DE FORMACIÓN EN EL PROPIO CENTRO Y OTRA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO IMPARTIDA ESTA ÚLTIMA POR DERMATÓLOGO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO HEMOS INICIADO EL PROCEDIMEINTO PORQUE NO DISPONEMOS DE DERMATOSCOPIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTAMOS A LA ESPERA DE CONTINUAR LA FORMACIÓN Y EMPEZAR CON LA TÉCNICA TAN PRONTO COMO NOS FACILITEN LOS DERMATOSCOPIOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/646 ========== ***

Nº de registro: 0646

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Autores:
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, MENGUAL GIL JOSE MARIA, DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE, JIMENEZ MARIN EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

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

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0646

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia y Pediatras, adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

MÉTODO
ormación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Formación a los médico de A. p. en patologías que deban ser evaluadas a nivel de especialista (nevus atípcicos, lesiones precancerosas....)

INDICADORES
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)
Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%).
Porcentaje de pacientes en los que se ha relaizado dermatoscopia y no se ha derivado a centro hospitalariop, dermatologia
Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA TORRE MAÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABAS BALLARIN MARIA PILAR
LLORENTE FAURO MARIA PILAR
CANET FAJAS CARLOTA
VAL ESCO LAURA
NAVARRO RERO SILVIA
FELIPE RUBIO ALFONSO
MARTIN TERRADO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROYECTO PRESENTADO EN SESION CLINICA A TODOS LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
NOTIFICADO POR EMAIL A TODO EL EQUIPO EL POWERPOINT DE LA SESION CLINICA.
SE HA ELABORADO UN TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA ATENCION URGENTE REFERENTE A CENTROS Y HORARIOS, DEL QUE SE HAN REALIZADO COPIAS.
SE HAN HECHO COPIAS DE DICHO TRIPTICO, PARA SU REPARTO EN CADA UNA DE LAS CONSULTAS DE LOS PROFESIONALES, Y SU POSTERIOR DISTRIBUCION A LOS PACIENTES.
EL PLAN DE ATENCION A LA DEMANDA URGENTE HA SIDO COLOCADO EN ZONAS VISIBLES: EN EL TABLON DE ANUNCIOS Y EN LAS AREAS DE ADMISION DE PLANTA BAJA Y PLANTA PRIMERA DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION DE DOCUMENTO EXPLICITO INDICANDO EL PROFESIONAL RESPONSABLE DE ATENCION URGENTE Y SU APROBACION Y PUESTA EN MARCHA. FUENTE DE INFORMACION: INFORME DEL CENTRO DE ACTAS FIRMADAS.
PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO 100%.
PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN PATOLOGIA URGENTE, SUPERIOR AL 80%. FUENTE DE INFORMACION: INFORME DEL CENTRO DE ACTAS FIRMADAS.
PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS, SUPERIOR AL 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
APROBACION Y ACEPTACION DEL EQUIPO, CONSIGUIENDO ASI UN CONSENSO EN LA ACTUACION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO.
OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS EVITANDO DEMORAS EN LA ACTUACION URGENTE.
QUEDA PENDIENTE: LA PRESENTACION EN DOS SESIONES CLINICAS DE CONTENIDOS Y REVISIONES DEL CARRO, MALETIN Y SALA DE UGENCIAS, MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y COLOCACIÓN DE ALGORITMOS DE ACTUACIÓN URGENTE EN ZONAS VISIBLES (QUE YA ESTAN ELABORADOS)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/670 ========== ***

Nº de registro: 0670

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Autores:
TORRE MAÑAS MARIA LUISA, GABAS BALLARIN MARIA PILAR, LLORENTE FAURO MARIA PILAR, CANET FAJAS CARLOTA, VAL ESCO LAURA, NAVARRO RERO SILVIA, FELIPE RUBIO ALFONSO, MARTIN TERRADO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

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

PROBLEMA
SITUACION ACTUAL: FALTA DE CONSENSO EN ATENCION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO DOMICILIARIA
NECESIDAD DE UNA GESTION ADECUADA DE LA ATENCION URGENTE QUE POTENCIE LOS RECURSOS EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD (PROFESIONALES Y MATERIALES) Y MINIMICE EL IMPACTO DE UN MAL USO POR PARTE DEL EAP.
MEJORA DEL REDIMIENTO DE LOS PROFESIONALES Y AUMENTO DEL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO.

RESULTADOS ESPERADOS
EVITAR DEMORAS EN ATENCION URGENTE MEDIANTE UN DOCUMENTO QUE RECOJA EL CRITERIO PARA DESIGNAR EN CADA MOMENTO AL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCION URGENTE TANTO EN EL CENTRO DE SALUD COMO EN EL AVISO DOMICILIARIO.
ORGANIZACION ESTANDARIZADA DE LA SALA DE URGENCIAS, DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIAS/EMERGENCIAS.
CONCIENZAR Y FORMAR A LA POBLACION PARA UN USO RACIONAL DE LA ATENCION URGENTE.
FORMACION CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES EN ATENCION URGENTE Y EN RCP
CREAR DOCUMENTO INFORMATIVO QUE RECOJA HORARIOS Y CENTROS DE ATENCION URGENTE EXTRAHOSPITALARIA PARA CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS.

MÉTODO
CONSENSUAR UN PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETIN DE URGENCIAS.
PROPORCIONAR A LOS PROFESIONALES DEL EAP UNA MATRIZ DE ASIGNACION DE CASOS EN ATENCION URGENTE, CONTEMPLANDO LA AUSENCIA DEL PROFESIONAL POR CAUSAS NIO PREVISIBLES.
PROMOVER LA FORMACION EN ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD, MEDIANTE CURSOS Y TALLERES, ORGANIZADOS TANTO POR LA DIRECCION COMO POR EL PROPIO CENTRO.
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS DOCUMENTOS GRAFICOS CON EVIDENCIA CIENTIFICA SOBRE LA ATENCION URGENTE.
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACION PARA UN USO ADECUADO DE LA ATENCION CONTINUADA/URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

INDICADORES
--INDICADOR: : EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO SI/NO.
OBJETIVO: EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES
CONOCEDORES DEL MISMO.
OBJETIVO: SUPERIOR AL 80%
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP
QUE HA PARTICIPADO EN FORMACION EN PATOLOGIA
URGENTE.
--OBJETIVO 80%
--INDICADOR: NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL
CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS
UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS/NUMERO TOTAL DE
PROFESIONALES DEL SECTOR.
OBJETIVO 80%
--INDICADOR: QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE
LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO
DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
OBJETIVO 80%

DURACIÓN
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2019. SE PREVE LA CONTINUACION HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO.
--DE MAYO A AGOSTO 2018: CREACION DEL DOCUMENTO DEL CIRCUITO DE ATENCION EN CASO DE URGENCIA, DE LUNES A VIERNES Y DE 8 A 17H, QUE SE ENVIARA POR CORREO CORPORATIVO, PARA QUE TODO PROFESIONAL DISPONGA DE EL.
--SE ORGANIZARA CARRO, MALETIN Y SALA DE URGENCIAS, SEGUN ESTANDARES.
--DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2018: SESION CLINICA CON EL EQUIPO PARA PRESENTAR Y DIFUNDIR LA DOCUMENTACION Y TRIPTICO INFORMATIVO DE LOS LUGARES DE ATENCION SANITARIA, A TODOS LOS PROFESIONALES.
--DE ENERO A MARZO 2019: TRES SESIONES TEÓRICO PRACTICAS DE MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y REVISION DE SVB Y SVA.
--ABRIL 2019: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO ASENSIO LOURDES
GARCIA SANCHEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el inicio de este proyecto nuestro objetivo, como miembros del Grupo PROA- AP fue trasladar a nuestro equipo la preocupación y las herramientas de trabajo necesarias para mejorar el uso adecuado de antimicrobianos en nuestro medio.
- El 13 de Abril de 2018, acudimos a la Jornada de programa IRASPROA : Programa integral de vigilancia, prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria / Programa de optimización del uso de antibióticos. De la teoría a la acción: un paso adelante, donde se explicaron los pasos para implementarlo tanto en AP como en hospitales.
Como primer paso se nombró persona responsable del uso racional de antibióticos en nuestro equipo a Mª Pilar Gabás Ballarín (MAC del CS Delicias Sur).
- Hemos acudido a las sesiones mensuales del Grupo PROA -AP que se han llevado a cabo los días: 1 de marzo, 19 de abril, 31 de mayo, 26 de septiembre, 22 de noviembre, 20 de diciembre y 7 de febrero.
- El 5 de julio se realizó sesión con los responsables de antibióticos con el objetivo de conocer el informe de consumo de antibióticos del año 2017 en el Sector Zaragoza III y debido a la coincidencia con el periodo vacacional, se presentó al equipo Delicias Sur en octubre junto al mapa de resistencias del sector.
- Durante los meses de verano preparamos una encuesta on-line sobre el conocimiento y necesidades formativas de los Médicos de Atención Continuada (MAC) y los resultados se presentaron en el curso de formación sobre antibióticos celebrado el 29 de Noviembre. A dicho curso acudimos como docentes Nuria García y Pilar Gabás y como dicenteLourdes Asensio.
- El día 18 de Noviembre celebramos el Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos y realizamos una pegada de carteles en el centro de Salud con el decálogo del buen uso de los antimicrobianos.
- El día 31 de enero presentamos la estrategia IRASPROA en nuestro centro, decálogo para el buen uso del medicamento y encuestas /casos clínicos para medicina, pediatría y enfermería. Se firmó el compromiso de adhesión de nuestro centro Delicias Sur y se envió a Mª Jesús Lallana y Mercedes Aza .
Aprovechamos la ocasión para entregar a cada médico/ATS carteles para poner en las consultas y recordar el acceso a IRASPROA y PROA-AP desde nuestra Intranet y como acceder a las guías terapéuticas tanto la de Aljarafe como a las secciones revisadas en nuestra comunidad.
-Nuria García y Lourdes Asensio, han participado en la revisión de la Guía de prescripción, en el apartado de infecciones respiratoria.
En varias ocasiones hemos enviado correos internos de OMI para insistir en la importancia de la optimización en el uso de antimicrobianos, a modo de recordatorio y poniéndonos a disposición de nuestros compañeros ante dudas que puedan surgir sobre el tema.
-Queda pendiente para el mes de marzo, sesión sobre Antibióticos en patología respiratoria, que es la parte de la guiá terapéutica que ha sido revisada por nuestras compañeras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos del sector a todos los miembros del equipo : 90 % de los profesionales. Se envío copia por correo del Salud a cada profesional.
-Se han realizado una sesión clínica siguiendo las pautas de IRASPROA para este año, ya que se llegó al acuerdo de unificar criterios entre los centros. Se recogió acta de firmas de asistentes y se envió al servicio de Farmacia. La asistencia fue del 80% de los profesionales.
-Queda pendiente una segunda sesión para el mes de marzo.
-Los objetivos que teníamos en el proyecto eran 3 sesiones, pero nos hemos adaptado a la estrategia IRASPROA.
-Además de las sesiones, hemos sido un grupo activo tanto en nuestro centro motivando a los profesionales de medicina, pediatría y enfermería como en el grupo PROA-AP al que pertenecemos. Hemos transmitido los acuerdos a nuestro centro, hemos animado a continuar trabajando, ya que los datos de consumo han mejorado bastante en nuestro sector y todavía podemos hacer mejor las cosas.
Hemos fomentado la formación, la implicación de los miembros del equipo y la sensación general es de satisfacción y trabajo bien hecho.
Los objetivos generales ; asistencia a sesiones PROA -AP, difusión consumo y resistencias antibióticos en el sector, dar a conocer IRSPROA, PROA -AP, aplicaciones en intranet del Salud, se han cumplido.
Únicamente tenemos pendiente una sesión en el mes de marzo sobre infecciones respiratorias que por cuestiones de agenda de sesiones clínicas en Delicias Sur no ha podido hacerse antes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado que en 2050, la primera causa de muerte por delante de cáncer, van a ser las infecciones por gérmenes resistentes a los antibióticos, creemos que es importante recabar información, transmitirla y buscar aquellas herramientas que nos ayuden a controlar esta pandemia.
Las infecciones es una de las causas más frecuentes en Atención Primaria y somos los primeros prescriptores de antibióticos, por tanto somos responsables de hacer las cosas bien, diagnosticar y tratar adecuadamente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

usar los antibióticos solamente cuando sea necesario.
Debemos continuar, nuestros compañeros están respondiendo y las cifras de mejora de consumo están ahí, pero hay que seguir motivando y aprendiendo juntos.
Este proyecto debe continuar, sirviendo de enlace con PROA y siguiendo la estrategia de IRASPROA, haciendo educación sanitaria a nuestros pacientes para que vayan comprendiendo el problema y cambiando hábitos; formando a los residentes y a los MAC que por las características especiales de nuestro puesto de trabajo, tenemos más dificultades para optimizar los tratamientos; y sirviendo de apoyo siempre a nuestros compañeros solucionando dudas, opiniones, casos, etc...
Propondremos pues para 2019 que este proyecto continué con nuevos objetivos que serán comunes a los centros adscritos a la estrategia Iraspro, con actividades comunes, sesiones clínicas en el EAP cuatrimestrales, presentación de nuevos datos de consumo y mapa de resistencias, revisión del uso de antibióticos según aparatos (respiratorio, urinario y piel) y asistencia a Jornadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/697 ========== ***

Nº de registro: 0697

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

Autores:
GABAS BALLARIN MARIA PILAR, GARCIA SANCHEZ NURIA, ASENSIO ASENSIO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a antibióticos, supone un importante problema de salud pública ya que no solo permiten tratar infecciones comunitarias que previamente tenían una importante morbimortalidad, sino que son un recurso para la prevención y tratamiento de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria como complicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y por tanto su abordaje es un asunto prioritatio e incluye la optimización del uso de antibióticos .
Desde la Agencia Española del Medicacmento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de las Resistencias a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a mejorar el uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto pretendemos optimizar el uso de antimicrobianos en el CS Delicias Sur, para evitar la aparición de resistencias a antibióticos.
Como miembros del equipo PROA-AP del Area III, nos adherimos a los principios generales PROA (Decálogo sobre el uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de AP de IRASPROA) y lo llevaremos al conocimiento del resto del equipo.
Fomentar el uso adecuado de antibióticos a traves de sesiones formativas.

MÉTODO
Para lograr los objetivos, acudiremos a las reuniones PROA-AP mensualmente y serviremos de enlace con los miembros del equipo.
Participaremos en actividades desarrolladas por el grupo IRASPROA (jornadas, campañas sanitarias...)
Realizaremos tres sesiones formativas en el centro de salud sobre consumo de antimicrobianos y mapa de resistencias de nuestro sector, grupo PROA y aplicaciones en la intranet del Salud y enfermedades infecciosas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

más frecuentes en atención primaria y su tratamiento según las guías actualizadas.

INDICADORES
- Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos en el sector a todos los profesionales del EAP del CS Delicias Sur .
Objetivo: 80% de los profesionales.
- Número de sesiones realizadas sobre PROA.
Objetivo: 3 sesiones anuales y 80% de los profesionales participarán en la formación PROA. Sesiones clínicas con acta firmada por los asistentes.

DURACIÓN
- Asistencia a jornada IRASPROA. Zaragoza. Abril 2018.
- Nombrar un responsable del uso racional de antibióticos en el equipo. Mayo-Junio 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA: se realizará sesión informativa al resto del equipo para presentar el grupo PROA-AP y localizarlo en la intranet del Salud. Septiembre 2018.
- Sesión formativa sobre consumo de antimicrobianos y perfil de resistencias. Mapa de resistencias a antibióticos en nuestro sector. Octubre 2018.
- Sesión formativa sobre infecciones más frecuentes en AP y su tratamiento. Guias de prescripción de antibióticos. Diciembre 2018.
- Participar y dar a conocer las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.
- Evaluación del proyecto. Abril 2019.
- Presentación de los resultados al resto del equipo. 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 - 2018/0805

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 13/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTRUE PINILLA MAR
COBOS MANCHO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones clinicas en el Equipo de Atencion Primaria.
La primera para médicos realizada por Dr. Daniel Barbera y su tutor Jose Carlos Perez-Villarroya sobre aspectos clinicos de diagnóstico y tratamiento y la segunda por los responsables del Proyecto y dirigida a profesionales sanitarios de medicina y enfermeria que incluia aspectos de diagnóstico,tratamiento, seguimiento, cuidados y educacion sanitaria.
Hay un modelo de sesión clinica para promover formación en IC a disposición para una eventual formación de formadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han revisado tambien pacientes con insuficencia cardiaca y patologia compleja segun listado remitido por la Dirección del sector.
La evaluación de las sesiones clinicas fueron positivas y deberian hacerse con una regularidad no menor a los 6 meses para mantener su impacto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva de las actividades que han permitido un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la IC.
Queda pendiente impacto en número de hospitalizaciones para lo cual no ha transcurrido el tiempo suficiente.
El proyecto debe tener continuidad con una mejor coordinación con servicios hospitalarios facilitada y mediada por la dirección del sector que a dia de hoy queda pendiente de realizar.

7. OBSERVACIONES.
Se mantienen actividades comunitarias orientadas a prevención de factores de riesgo cardiovascular

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

Nº de registro: 0805

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

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

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del

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

1. TÍTULO

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

proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.
El C.S. Delicias sur ya hizo un estudio sobre prevalencia de la IC en el anciano en 1994. El resultado entonces fue que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de IC fue del 6.3%. Actualmente segun el resgistro de OMI la prevalencia de IC y patologia crónica compleja en mayores de 65 años seria del 4,8%. Dada esta prevalencia y que el 21.7% % de nuestra poblacion esta por encima de esta edad se refuerza la pertinencia de nuestra participacion en el proyecto.

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

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

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

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

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

Valoración de otros apartados

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el comienzo del proyecto hasta ahora hemos realizado 5 reuniones en la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola" . En ellas hemos estado representantes de varias entidades: Cáritas, centros de convivencia de Delicias, Centro Municipal de Servicios Sociales, asociación de vecinos y de los centros de salud Delicias Norte y Delicias Sur. Asi, todos juntos y desde una visión mas amplia, podemos conocer de este modo la situación de la poblacion de la zona de Delicias y plantear estrategias de acción desde varios ámbitos: el comunitario, social y sanitario.

Hemos configurado una serie de objetivos generales y especificos del grupo que formamos este proyecto y se ha definido la edad de las personas incluidas en el estudio en mayores de 70 años que viven en soledad no deseada. Nuestros objetivos generales iran enfocados a mejorar la calidad de vida y prevenir situaciones de riesgo en este colectivo.

En las primeras reuniones se creó una ficha de recursos para que cada organismo la rellenara con las actividades que realizan y así en las reuniones, compartirlas con el resto de los miembros y ponerlas todas en común. Con ello todos los que formamos parte del grupo estamos siendo conocedores de las actividades que se hacen en nuestro entorno, y asi podemos transmitirlas al resto de nuestros compañeros de trabajo. Muchas veces, las personas del barrio no saben todos los recursos que tienen a mano.

Los 2 Centros de Salud hemos recopilado unos listados con las personas mayores de 70 años que viven solas en cada zona. Asi de manera objetiva y con cifras, entre todos estableceremos las directrices a seguir para conseguir mejorar la situación de estas personas.

En dichas reuniones, se ha informado también de la existencia de un grupo de investigación de soledad formado por personas de la comunidad de delicias que analiza las caracteristicas de la población utilizando como metodología la investigación de acción participativa.

Se recopilan datos relacionados con nuestro proyecto de soledad de otras CCAA u otros barrios a traves de prensa, internet u otros medios de comunicación y se pone en común toda la información, se analiza en nuestro grupo y en el de investigación nombrado anteriormente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido mantener unas reuniones periodicas entre todos los grupos que formamos el proyecto, algo dificil de conseguir dadas las caracteristicas de nuestros trabajos. Teniendo una serie de objetivos claros, se tienen aún que definir en las siguientes reuniones hacia donde queremos ir con toda la información que cada entidad está dando al resto del grupo.

Se han mandado varios correos a todo el personal del Centro de Salud para poder reunir de cada cupo, las personas mayores de 70 años que viven solas y así juntarlos a los datos que proporcionen los compañeros del centro de salud Delicias Norte.

Queda pendiente realizar una sesión clínica con todas las actividades y recursos de la zona para darlas a conocer a todo el personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La organizacion compleja de las administraciones hace que no todas las personas de la misma ciudad dispongan de los mismos periodos de espera para las ayudas en cuidados. Dado el problema de envejecimiento de nuestra población, pensamos que es un grave problema.

Deberian adaptarse los recursos de los que disponemos a las necesidades de la poblacion ya que en nuestro barrio de Delicias hay mucha población en riesgo.

Este proyecto debe continuar en 2019 para afianzar lo conseguido y avanzar en las mejoras para la población de riesgo del barrio de Delicias.

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

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0921

Título
LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS
*Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor, de dos polígonos de Delicias, coincidiendo con las zonas de salud Delicias Sur y Delicias Norte.
*Proporcionar a este grupo de población una asistencia sanitaria integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

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

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

DURACIÓN
El Proyecto tiene una duración prevista de 2 años
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2020

OBSERVACIONES

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

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

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

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

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 07/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se está cumpliendo el calendario de actividades programado en la memoria inicial.
De Enero a Septiembre/18, Gema Galindo, Noelia Aguirre y José Sola Antón han llevado a cabo las siguientes actividades:
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica a los niños durante la intervención en el centro de salud.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Desde Septiembre/18 Gema Galindo y Noelia Aguirre se han comunicado con los centros educativos de la zona de Delicias, ofreciendo la actividad a todos los centros durante este curso escolar.
Además, han realizado la difusión del Proyecto a la Dirección AP Sector III y al EAP CS Delicias Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur se llevará a cabo por Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo durante los meses de febrero a mayo de 2019 puesto que han sido las fechas convenidas con los centros educativos en base a su programación escolar.
Por tanto no disponemos de indicadores para evaluar resultados por el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No podemos obtener conclusiones puesto que no tenemos resultados todavía.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0720

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

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

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

PROBLEMA
Se detecta mediante una necesidad sentida de los profesionales de salud posibles situaciones de desigualdad de género y problemas de espalda en niños asociados a malos hábitos de salud que es necesario controlar desde la infancia.

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

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

Junio/19: Fin de proyecto.

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

1. TÍTULO

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO SANJUAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAL JIMENEZ NURIA
SORINAS DELGADO NOELIA
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
ROMEO LAMBAN MERCEDES
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la presentación del proyecto al equipo de atención primaria en sesión clínica de equipo, al iniciar el proyecto.
Se realizó nueva sesión informativa, exponiendo la nueva herramienta de uso a los profesionales. “Búsqueda de activos”.
Se ha iniciado la recomendación de activos en toda la zona básica de salud, incluidas zonas rurales, que antes no eran influencia activa de la asociación.
PROTOCOLO: Sistema de registro primero incluyendo la palabra Duelo (P02) en OMI y haciendo la recomendación de activos. Enlace directo con la persona de enlace de la asociación.
Actualmente no existe Trabajadora social de SALUD dentro del centro de salud de Ejea de los Caballeros. Esto ha supuesto una barrera de acceso a los servicios sociales para incluirlos dentro del protocolo de acción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha dado a conocer por todo el nuevo equipo de atención primaria. El inicio sufrió una demora por los cambios estructurales del equipo y de la puesta en marcha del “Buscador de activos” por parte de la estrategia de atención comunitaria del Gobierno de Aragón.
Previo a la inclusión del buscador de activos, fueron incluidas 4 personas. En el mes que lleva activo, se han incluido dos de población rural (antes esto no ocurría) y una de otra zona básica de salud.
Tres cuartas partes de los profesionales del equipo han acudido a las reuniones
Se han realizado 3 reuniones del equipo de atención comunitaria en los últimos 3 meses, en dos de ellas ha estado presente la coordinadora por parte de la asociación. El equipo de comunitaria del centro ha sido transmisor de la recomendación de la actividad y a ofrecido ayuda para la informatización e inclusión de la misma.
Protocolo de actuación: tras la llegada de un familiar en proceso de duelo, se realiza una visita de abordaje donde se incluye el diagnóstico en OMI y se da la recomendación en papel del activo. Si el caso es importante, desde el grupo de atención comunitaria del centro se informa de la derivación a la coordinadora de la asociación para que conozcan el caso. Se ha intentado realizar el test de duelo, pero no se ha visto de utilidad práctica para los pacientes (test itrd), siendo de características muy invasivas en el momento agudo del duelo.
INDICADORES
? El proyecto se inició en Septiembre de 2018, recomendando a los profesionales que incluyeran el diagnóstico reacción de duelo (CIAP P02). En total han sido 29 pacientes. Hay que destacar que el CIAP P02 también incluye el proceso trastorno adaptativo, que puede o no ser parte de una reacción de duelo.
? No podemos contabilizar el número de personas a los que se les recomendó el activo hasta Enero de 2019 en el que se incluyço el activo en el protocolo de “recomendación de activos” de OMI.
? De los 29 pacientes, a partir de Enero de 2019 fueron diagnosticados 14 personas. 7 estaban incluidos en un trastorno adaptativo no por fallecimiento. Del total relacionados con duelo, 5 tienen la recomendación de activos mediante protocolo OMI. De ellos asisten 3 personas a las sesiones. Más de un 50% de las personas a las que se les recomendó el activo han acudido a las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los conocimientos de los recursos de la zona son de gran importancia en nuestra práctica diaria. Muchas veces los cambios de equipo de atención primaria tienen como consecuencia un iniciar de 0 el proyecto comunitario de la zona básica de salud. Para esto, se está desarrollando la agenda comunitaria en nuestro equipo.
Asociaciones con larga evolución en la población, deben ser difundidas por los profesionales. Están ya asentadas y nuestro trabajo debe dirigirse al apoyo de la misma, darles valor y estar abiertos a solventar dudas o cualquier cosa que se pueda aportar desde el ámbito sanitario.
La difusión en el centro sanitario amplía la zona de referencia del recurso a toda la zona básica de salud. Esto ha sido beneficioso para los núcleos rurales, que no conocían las actividades que se realizan fuera de su municipio.
La informatización puede ser un handicap en diferentes zonas, y el apoyo puede dirigirse más al ámbito técnico en algunas ocasiones. Debemos tener en cuenta la accesibilidad a internet y otros recursos informáticos poco accesibles en zonas rurales.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1237 ========== ***

Nº de registro: 1237

Título
AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

Autores:
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO, VAL JIMENEZ NURIA, SORINAS DELGADO NOELIA, VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MERCEDES, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, GOÑI ELORRI YOLANDA, MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: RECOMENDACIÓN COMUNITARIA DE ACTIVOS

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

PROBLEMA
El duelo no es una enfermedad pero si un acontecimiento vital estresante. La reacción de duelo genera una demanda asistencial que debe ser atendida desde una perspectiva tanto social como sanitaria. Es un motivo de consulta habitual en Atención 1ª y existe un alto riesgo de medicalización. Ejea de los Caballeros cuenta con recursos sociales para su abordaje, además de los recursos sanitarios, pero es frecuente que los profesionales sanitarios desconozcan dichos recursos. La colaboración con asociaciones locales redundará en una mejor atención a la población.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención socio-sanitaria de la población en situación de duelo en colaboración con servicios sociales y la asociación de la zona de apoyo al duelo (Osiris).
- Dar a conocer a los profesionales del EAP (equipo de atención primaria) la existencia y servicios que oferta dicha asociación estableciendo vínculos estables de colaboración.
-Ofrecer a la población cuidados complementarios para el duelo mediante la recomendación de activos por parte del EAP.
- Mejorar la prestación de servicios de la asociación mediante la oferta de asesoramiento y formación desde el Centro de Salud.
- Lograr a medio plazo mejorar la percepción de bienestar de los pacientes derivados a Osiris.

MÉTODO
-Presentación del proyecto, que se llevará a cabo en colaboración con la asociación de ayuda al duelo (Osiris), al EAP.
-Charla informativa impartida por la asociación al EAP, explicando su finalidad y las actividades que realiza.
-Ofertar asesoramiento y formación a la asociación para coordinar los criterios de atención al duelo.
-Definir los criterios de inclusión de los pacientes, sistema de registro, protocolo del servicio y criterios de derivación desde el EAP a la asociación.
-Colaboración con servicios sociales de la comarca con el objetivo de difundir y estimular la participación de otras entidades vinculadas al duelo.

INDICADORES
-Número de profesionales del EAP que asisten a las reuniones informativas.
-Número de reuniones entre el grupo de Atención Comunitaria, servicios sociales y la asociación de ayuda al duelo, cuantificando su participación.
-Protocolo de actuación médica para pacientes susceptibles de inclusión en el proyecto.
-Número de pacientes con episodio de duelo en OMI registrado en 6 meses y de ellos cuantificar a los que se ha realizado la recomendación de activos.
-Número de pacientes, remitidos desde el Centro de Salud mediante hoja de derivación, que acuden a Osiris.
-Evaluación del grado de mejora de los pacientes mediante el uso de test específicos al inicio y a los 6 meses (test ITRD)
- Evaluación del grado de mejora percibida por los colaboradores de la asociación tras el asesoramiento y formación impartida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

DURACIÓN
-Presentación del proyecto al equipo, impartido por el responsable del proyecto. Sesión de 1 h de duración en la primera semana de junio de 2018.
-Charla informativa impartida por Osiris al EAP. Sesión de 1 h de duración la última semana de mayo de 2018.
-Formación a la asociación impartido por los componentes del proyecto en 2 sesiones de 1 h de duración entre los meses de julio y agosto de 2018.
- El proyecto tendrá una duración de 6 meses con inicio en junio de 2018 y finalización en diciembre de 2018.
-La evaluación de los objetivos planteados se realizará en la primera quincena de enero 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 - 2018/1522

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAMELIA VALENTINA MARES X
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLEGO ROYO ALBA
SANCHO VICEN ELENA
AURIA SORO LORENA
CLEMENTE REY PATRICIA
MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA
RIVERA FUERTES ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión informativa con el equipo de admisión realizada en septiembre 2018.
-Creación de agenda indemorable en septiembre 2018.
-Dada la situación del equipo de atención primaria durante los meses de octubre y noviembre (proceso de traslado de EAP), los profesionales asignados a realizar la consulta de indemorables se vieron obligados a cubrir las necesidades del servicio, retrasando el proceso de obtención de datos a enero de 2019.
-Enero 2019 :obtención de datos .
-Febrero 2019: evaluación de los datos e información al EAP .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la reunión informativa del equipo de admisión se vieron necesidades diferentes a los pensados en el momento de la creación de la consulta.El retraso en la demanda de varios cupos de pacientes, consecuencia de los cambios en el equipo, nos ha obligado a utilizar la consulta de indemorables para descongestionar la lista de espera que llegaba en algún caso a más de una semana.Considerando esto,en el servicio de admisión no se ha podido hacer un cribado adecuado, atendiendo a muchos pacientes que valoramos como NO indemorables. En la mayoria de los casos el motivo de la consulta se ha podido solucionar in situ por el médico. Se han atendido entre 18 y 44 pacientes cada día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el caso de nuestro centro se ha utilizado la agenda de indemorables para una gestión avanzada de la demanda .Tras valorar número de pacientes atendidos por profesional, se ha creado un plan de mejora de la citación junto con los profesionales que más tiempo de espera tenían . Al centrarnos en reducir lista de espera, queda pendiente realizar y valorar la intervención en la educación sanitaria de la población que es otro de los objetivos del proyecto.
Consideramos que el número de pacientes atendidos, las caracteristicas de la población y la carga asistencial apoyan la existencia de esta consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1522 ========== ***

Nº de registro: 1522

Título
ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARES CAMELIA VALENTINA, MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA, GALLEGO ROYO ALBA, SANCHO VICIEN ELENA, AURIA SORO LORENA, CLEMENTE REY PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1522

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión de las consultas que deben ser vistas en el día, ya sean urgentes como indemorables, supone un problema común en todos los centros de salud y que implica tanto a personal sanitario como no sanitario. En la mayoría de ocasiones, es el propio paciente el que decide la necesidad de la urgencia, desorganizando la agenda del facultativo y aumentando la demanda asistencial.
Este problema común en toda la comunidad, supone una gran carga asistencial en nuestro centro de salud en especial, por lo que se ha decidido implantar un proyecto, en acuerdo con la dirección de atención primaria del sector, para la mejorar la atención sanitaria, con la contratación de 5 nuevos profesionales de enfermería y medicina que serán un apoyo dentro del equipo de atención primaria realizando diversas laborales asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar la mejora de la gestión de las consultas urgentes e indemorables dentro de la asistencia diaria. El objetivo es conocer:
- El número de pacientes que solicitan consulta indemorable urgente.
- Cuantas de estas consultas necesitaban atención inmediata y cuantas de ellas podrían gestionarse por el propio médico o enfermera de familia en días posteriores.
- Conocer si la solución del problema ha sido llevada a cabo por el profesional de medicina o enfermería.

MÉTODO
- Realizar una reunión informativa al equipo de admisión del centro de salud para presentar el proyecto.
- Obtener durante dos meses (Noviembre/Diciembre) los pacientes citados en la consulta especifica de medicina y enfermería.
- Tras la consulta valorar una serie de ítems: Consulta indemorable real (SI/NO), (Solución insitu/ Solución a posteriori por su MEAP), Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermeria).
- Evaluación tras los dos meses de las consultas realizadas y crear un plan de mejora de la citación y de la educación sanitaria de la población en dependencia de los resultados.
- Información al equipo de atención primaria sobre los resultados.

INDICADORES
Durante 2 meses: (Noviembre/Diciembre)
- Número de pacientes citados en la consulta
- Consulta indemorable real (SI/NO),
- Solución del problema (In situ/ derivación a MAP / Derivación a urgencias)
- Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermeria).

DURACIÓN
Octubre: Reunión con el equipo de admisión para gestión de las consultas.
Noviembre/Diciembre: Obtención de datos
Enero/Febrero: Evaluación de los datos
Marzo /Abril: Propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1515

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOELIA CONCEPCION MARCO RUIZ
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL TEJERO BEATRIZ
MILLAN FERNANDEZ YOLANDA
OBON NOGUES JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EDUCACIÓN EN TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL ADECUADA Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN AYUDAR A PREVENIR LA ENFERMEDAD (IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN ESTÍLO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.

ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES SOBRE LA PATOLOGÍA QUE NOS OCUPA, SUS SÍNTOMAS, CAUSAS, COMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA PREVENIRLA.

ELABORACIÓN DE POSTER UBICADO EN CONSULTA SOBRE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN REALIZADO.

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SE HAN AJUSTADO AL CALENDARIO MARCADO:
PUESTA EN MARCHA EN MAYO DE 2018, COMENZANDO CON EDUCACIÓN EN CONSULTA (DESDE COMIENZO Y DE FORMA PERMANENTE).
ELABORACIÓN DE DIPTICO EN JUNIO DE 2018 Y ELABORACIÓN DE POSTER EN SEPTIEMBRE DE 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE UTILIZARON COMO INDICADORES: INDICE GINGIVAL (VALORACIÓN DE ESTADIO DE GINGIVITIS) E INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO
(MEDICIÓN DE SUPERFICIE DEL DIENTE CUBIERTA POR PLACA Y SARRO).
EL RESULTADO PROPUESTO SE HA ALCANZADO CON LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE GINGIVITIS APLICABLE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE COMO REALIZAR UNA HIGIENE ORAL CORRECTA DESDE CONSULTA, CONTRIBUYE A PREVENIR LA GINGIVITIS, SIENDO UNA PATOLOGÍA DE CONSULTA HABITUAL EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL. LA AUSENCIA DE UN PROTOCOLO HASTA EL MOMENTO HACÍA PERTINENTE SU ELABORACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1515 ========== ***

Nº de registro: 1515

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

Autores:
MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION, BUIL TEJERO BEATRIZ, MILLAN FERNANDEZ YOLANDA, OBON NOGUES JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1515

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

PROBLEMA
LA GINGIVITIS ES LA ALTERACIÓN INFLAMATORIA DE LA ENCÍA CARACTERIZADA POR NO EXISTIR MIGRACIÓN DEL EPITELIO DE INSERCIÓN, NI PERDIDA DEL SOPORTE OSEO QUE LA MANTIENEN FIRME EN LA CRESTA ALVEOLAR MAXILAR. MAYORITARIAMENTE SON ASINTOMÁTICAS, APRECIANDO EL PACIENTE UN SANGRADO GINGIVAL ESPONTÁNEO O CON EL CEPILLADO DENTAL Y UNA COLORACIÓN ROJIZA DE LAS ENCÍAS. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCÍA Y OSTEOINTEGRACIÓN REFIERE QUE MÁS DE LA MITAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 35 AÑOS PADECE GINGIVITIS. ATENDIENDO A LA ALTA PREVALENCIA DE LA CITADA PATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN, AUSENCÍA DE PROTOCOLO PARA SU PREVENCIÓN Y TRATANDOSE DE UNA CONSULTA MUY FRECUENTE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL SE CONSIDERÁ PERTINENTE REALIZAR ESTE PROYECTO.

RESULTADOS ESPERADOS
- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO INFORMATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.
- PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S DE EJEA DE LOS CABALLEROS Y C.S UNIVERSITAS..
- EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN EL ESTÍLO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.
- INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.
- PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE TÉCNICA ADECUADA DE HIGIENE ORAL Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN PREVENIR LA ENFERMEDAD(IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

MÉTODO
- ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES.
- ELABORACIÓN DE POSTER QUE SE COLOCARÁ EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.
- PREVENCIÓN EN CONSULTA MEDIANTE EDUCACIÓN EN TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE.

INDICADORES
- REVELADOR DE PLACA.
- INDICE DE SANGRADO GINGIVAL.

DURACIÓN
- PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO (MAYO 2018)
- ELABORACIÓN DE DÍPTICO(ENTRE JUNIO- SEPTIEMBRE 2108)
- ELABORACIÓN DE POSTER (ENTRE SEPTIEMBRE 2018- NOVIEMBRE 2018)
- EDUCACIÓN EN CONSULTA DE FORMA PERMANENTE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1565

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
FAJARDO SOUTULLO SONIA
HERRERO MARTIN ELENA PILAR
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
FRANCO GARCIA SARAY
AZNAR PEREZ INMACULADA
ROYO CHOPO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un listado de material necesario en la sala de curas.
Se ha realizado una hoja de registro de revisiones donde se ha ido anotando la falta o no de material.
Se comprobó periódicamente la exisrencia de instrumental esterilizado,su fecha de esterilización y el correcto sellado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron todas las revisiones programadas.
Al comienzo del proyecto se reponía material en el 80% de las revisiones objetivandose que durante el transcurso de éste iban disminuyendo los dias en los que faltaba material,de manera que al final del proyecto no ha sido necesario reponer material.
Se han cumplido las normas de correcto sellado de material instrumental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales del centro se han responsabilizado de reponer material en cada guardia de forma que siempre hay material necesario para prestar una adecuada atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1565 ========== ***

Nº de registro: 1565

Título
GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GALAN BURILLO NURIA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, AZNAR PEREZ INMACULADA, ROYO CHOPO YOLANDA, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

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

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

PROBLEMA
En mucha ocasiones, en el Servicio de urgencias nos encontramos que tenemos que realizar una cura o una sutura y no disponemos de material necesario o instrumental esterilizado, por lo que debemos realizar la cura o sutura con material inadecuado o ausentarnos de la sala para buscar el material necesario. Vemos necesario la puesta en marcha de este proyecto para mejorar la atención sanitaria y que ésta sea de mayor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1565

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Disponer en todo momento de material de curas y material instrumental correctamente esterilizado para poder prestar una atención sanitaria de calidad.

MÉTODO
- Elaboración de una hoja de registro de revisiones y falta de material.
- Establecer un listado de material necesario en la sala.
- Comprobar al inicio y fin de cada guardia la existencia de material de cura y material instrumental esterilizado reponiendo lo que falte.
- Verificar mensualmente la fecha de caducidad de la esterilización.
- Establecer unas normas de correcta esterilización (sellado del paquete, poner fecha de esterilización, procedencia del material)

INDICADORES
- Disponibilidad permanente de material de cura e instrumental para prestar la atención sanitaria.
- No de incidencias por falta de material.
- No de revisiones de material realizadas / No de revisiones programadas

DURACIÓN
Julio 2018: Elaboración de registros y puesta en marcha.
Enero 2019: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0642

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL ENRIQUE HORENSTEIN DRUCAROFF
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA
LOPEZ CUARTERO ELENA
ESPINACH LOSADA ALICIA
BERNAL GARCIA ALICIA
CANTIN BARRERA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas: Elaboracion de planilla de control de Sala de Urgencias que incluye control de caducidades de medicación, control de estado de DEA, control de material fungible, Maletines de Urgencia de Respiratorio, Urológico, Pediatrico y Maletin del Coche de Urgencias. El control se establece diario y rotatario cada día de manera que durante la semana se repasa todo el material antes señalado. El control se realiza por medico y Enfermeria de Urgencias al entrar a la guardia y se firma en la planilla reseñando todas las incidencias.
Se ha realizado por Medicos del Servicio de Urgencias renovación y actualizacion del Protocolo de RCP y utilización de medicación Urgente (usos, diluciones etc)
Se ha elaborado y colgado en Urgencias (en tablón al efecto) los algoritmos de RCP, Anafilaxia, Tratamiento de Quemaduras, Intoxicaciones frecuentes, Utilización de medicación en Enfermo Terminal.
Se ha reunido material bibliográfico de utilización en Urgencias para consulta durante las guardias actualizado.
Se ha realizado una sesion clinica de utilización de antibiótico en Amigdalitis.
Se ha incluído en Urgencias la utilización de set de diagnóstico rápido de Estreptococo en Amigdalitis para optimizar el consumo de antibióticos en la edad Pediátrica.
Se ha establecido con Medicos de Atencion Continuada y dos de los Médicos de Atencion Primaria que realizan guardias una rotación semanal para cubrir situaciones excepcionales de ausencia forzosa del profesional designado.
Se han colgado en sala de espera de Urgencias carteles informativos sobre uso adecuado del Servicio de Urgencias como así también información sobre la agresión a personal sanitario.
Se ha programado para el 12/4/2019 curso de RCP en el centro de Salud de Gallur donde han comprometido su presencia todos los componentes de Medicina y Enfermeria del Equipo. No se ha realizado durante el 2018 por problemas de Agenda de quienes impartirán el Curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado completar en un 98,5% las planillas de control de Sala de Urgencias, DEA, aparatos de utilización en Urgencias y maletines quedando constancia escrita y firmada de su realización y archivada en el Centro de Salud.
Conocimiento de rotación para cobertura de situaciones excepcionales de personal de Urgencias 85%
Cumplimiento de actualización de Protocolos de Urgencias, Algoritmos de Urgencia y presencia accesible de material bibliográfico 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos valorado positivamente las condiciones de actualización de la sala de Urgencias no habiéndose registrado incidencias en la utilización de todo el material de Urgencias.
Deberíamos trabajar más la utilización por parte de la población de los servicios de Urgencias. En especial la demanda de visitas domiciliarias que generan que el servicio de Urgencias quede descubierto sin presencia de Médico y Enfermería durante la atención domiciliaria, a veces por períodos superiores a 90 minutos.
Valoración muy positiva de la cartelería informativa aportada por el equipo para mantener actualizados los protocolos de atención urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/642 ========== ***

Nº de registro: 0642

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALRIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

Autores:
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL, BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA, LOPEZ CUARTERO ELENA, ESPINACH LOSADA ALICIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0642

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

BERNAL GARCIA ALICIA, CANTIN BARRERA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

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

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

PROBLEMA
-Ante las diversas deficiencias en cuanto a la organizacion y mantenimiento de la sala de urgencias y coche. se hace necesario protocolizar la gestion de la sala de urgencias maletin y carro.
-Inadecuado uso de la poblacion en horario de atencion continuada.
-Diferencias de criterios de uso de antibioticos entre profesionales.
-Falta de procedimiento para la asignacion de los casos en la atencion urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Definir un procedimeinto standarizado de revisiones de sala de urgencias, maletines y coche.
- Mantenimiento y continuidad del protocolo del carro de paradas realizado el año anterior.(actualizado en 2018)
- Establecer criterios en cada momento para designar a los profesionales ante una atencion urgente tanto a domicilio como en centro.
- Racionalizar uso de atencion continuada por parte de la población.
- Mantener habilidades profesionales en atencior urgente y RCP.
- Unificar criterios de uso de antibioticos entre profesionales

MÉTODO
- Realizar curso de RCP promovido por la direccion de A primaria en el propio centro.
- Proporcionar a los profesionales una matriz donde se defina el procedimiento para asigancion de casos en atencion urgente,asi mismo se contemplran las situaciones excepcionles de ausencia del profesional designdao por causas no previsibles. Situar en lugar visible a los profesionales, la matriz.
- Exponer en la sala de urgencias documentos graficos sobre la atencion en patologia urgente (algoritmos).
- Establecer una plantilla de revison semanal de todo el material de sala de urgencias y coche

INDICADORES
- Existencia del documento en el que se indique el criterio para designar al profesional responsable de la atencion urgente (difusion y conocimeinto del equipo): INDICADOR: EXISTENCIA DE DICHO DOCUEMNTO s/n.
INDICADOR. PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO. OBJETIVO: MAYOR DE 80%
INDICADOR: NUMERO DE PROFESIONALES QUE HAN ASISITIDO A FORMACION DE RCP. OBJETIVO 80%(FI ACTAS FIRMADAS)

INDICADOR: COSTANCIA DE LOAS REVISONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS COCHE Y MALETINES. OBJETIVO 80% (FI PLANTILLAS DE REGISTRO)

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018.Se prevee la continuación hasta el total desarrollo 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 - 2018/0874

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA BERNAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CUARTERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar las actividades preventivas en pacientes con Insuficiencia cardiaca se pone en marcha una actividad comunitaria de paseos saludables en las localidades de Boquiñeni y Mallen, que se presenta como nuevo proyecto.
Tanto en consulta programada de enfermeria como medicina se insite sobre el reconocimiento de signos de descompensacion cardiaca.
Se incide en la recomendacion de vacunacion antigripal y antineumocica.
Se hace llegar a los profesionales listado de los pacientes con I. cardiaca para que se revise en los pacientes polimedicados la adecuacion de los mismos y la adherencia al tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados estan todos en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha puesto en marcha el programa pero este programa debe de continuarse, este año se intentara hacer alguna sesion clinica.
El problema mas importante ha sido la complicacion que ha supuesto la vacunacion del neumococo, por problemas para que llegasen al centro

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/874 ========== ***

Nº de registro: 0874

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

Autores:
BERNAL GARCIA ALICIA, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

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

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

PROBLEMA
Existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0874

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR

3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2.Modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.Actividad Comunitaria: "Paseos Saludables".
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP.

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

DURACIÓN
De Mayo a Diciembre 2108

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1022

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA SARASA OLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL GARCIA ALICIA
LOPEZ CUARTERO ELENA
BARREDO ALLOZA ARSENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad realizada consiste en tres paseos semanales de 45 m. de duración, adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo. Se realiza un calentamiento previo y un estiramiento posterior a la actividad con el fin de evitar lesiones. Uno de estos tres paseos se realiza con el acompañamiento de los profesionales sanitarios.
Dicha actividad se realizó de forma simultánea en las localidades de Boquiñeni y Mallén durante los mese de junio a octubre de 2018.
Esta actividad se comunicó a los profesionales mediante reunión con el equipo, mientras que la comunicación a la población diana se realizó a través de la colocación de carteles informativos en los diferentes edificios públicos, así como la captación directa en el centro de salud durante la consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha utilizado como indicador el nº de personas que comienzan la actividad frente al nº de personas que la mantienen como rutina, siendo los resultados obtenidos más satisfactorios en Boquiñeni que en Mallén.
En la primera localidad comenzaron la actividad un total de 30 personas, de las cuales finalizaron la actividad todas, mientras que en Mallén, tan sólo se sumaron a esta iniciativa 20 personas, de las cuales la finalizaron 14, si bien es cierto, que el total de participantes, mantienen este hábito, sea en el horario y días propuestos al principio de la actividad, o bien en otros días y horarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal conclusión es que los hábitos saludables como los paseos semanales propuestos son una actividad con suficiente aceptación por parte de la población, que consigue convertir la realización de la actividad física en un hábito.
Además, al realizar la actividad en grupo, fomenta las relaciones interpersonales y es más fácil evitar los abandonos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1022 ========== ***

Nº de registro: 1022

Título
PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Autores:
SARASA OLANO MARINA, BERNAL GARCIA ALICIA, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
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 - 2018/1022

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Detectamos en la población general falta de hábito de ejercicio físico. Pensamos que desde nuestra posición de sanitarios podemos influir en la actitud de determinado grupo de pacientes, para empezar a pasear.
Nos parece muy oportuno iniciar a la población de la ZBS al hábito del paseo (caminar 45 min.).
El recurso va a ser los tiempos de los sanitarios comprometidos con el proyecto.
Los beneficios hacia los individuos y hacia la comunidad creemos que van a ser muy importantes.

RESULTADOS ESPERADOS
Con esta actividad se pretende habituar a la poblacón de mediana edad a realizar 3 paseos semanales de 45 minutos.

Así pensamos conseguir mejorar y/o prevenir a nivel individual:
-Problemas cardio-respiratorios.
-Circulatorios.
-Músculo-esqueléticos.(artrosis, osteoporosis...)
-Mejora salud mental (reducción del stress, mejorar el insomnio...)
-Ayuda a perder peso o a mantenerlo .
A nivel comunitario:
-Ayuda a socializar y dinamiza grupos activos en la comunidad.

MÉTODO
Realizar 3 paseos semanales de 45 minutos con calentamiento previo y estiramiento adecuado después de la actividad, evitando lesiones y adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo.Los paseos acomapañados por los sanitarios seran semanales. Pero el grupo se reunirá 2 veces más por semana.
Se convocará a una reunión previa al arranque de la activadad para proponer horarios. Los paseos se realizarán por las zonas aptas para paseos de cada municipio y se utilizarán para inicio y final de paseo las zonas verdes minicipales.

INDICADORES
Número de personas que terminan la actividad / número de personas que comienzan.
Pensamos que un grupo óptimo serían 20 personas.

DURACIÓN
De junio a octubre 2018. Apartir de en octubre a convenir con los grupos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1291

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE
BLASCO VALENTI PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELEGIR UN RESPONSABLE/REFERENTE DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EQUIPO (MARZO 2018).
ASISTENCIA A LA JORNADA DE PRESENTACIÓN DE IRASPROA (13/04/2018).
DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA JORNADA A LOS MIEMBROS DEL EAP (8/05/2018). ASISTENCIA 100%
ASISTENCIA A LA JORNADA PRINCIPIOS DEL PROGRAMA PROA-AP DE IRASPROA.MAPA DE RESISTENCIAS ANTIBIOTICAS DEL SECTOR III DE ZARAGOZA (5/07/2018).
SESION DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP. DIFUSION DE PRINCIPIOS GENERALES. (18/07/2018).ASISTENCIA 89%
TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DE STREPTOCOCO A EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA. TÉCNICA Y APLICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA (20/09/2018).ASISTENCIA 100%
ASISTENCIA JORNADA IRASPROA-AP (16/10/2018).
COLOCACIÓN DE LOS POSTERS SOBRE "ANTIBIÓTICOS, SÓLO CUANDO SEA NECESARIO" EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD.
PRESENCIA DE SALVAPANTALLAS SOBRE USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS ORDENADORES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL EAP.
REALIZACIÓN POR PARTE DEL REPRESENTATE DE ANTIBIÓTICOS DEL EQUIPO DEL CURSO FORMACIÓN DE FORMADORES EN OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN AP (NOVIEMBRE 2018-ABRIL 2019).
PRESENTACIÓN Y ENTREGA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE COPIA DEL DECÁLOGO DE PRINCIPIOS DEL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS (12/12/2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HAY UN REPRESENTANTE/REFERENTE DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR.
SE HAN REALIZADO 3 SESIONES RELACIONADAS CON PROA-AP EN EL CENTRO PARA EL EAP (EXPUESTAS EN ACTIVIDADES REALIZADAS).
PUESTA EN MARCHA DEL USO DEL TEST RÁPIDO PARA DETECCIÓN DE STREPTOCOCO A EN FARINGOAMIGDAFALITIS AGUDA EN CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA, PEDIATRÍA Y ATENCIÓN CONTINUADA.
RECOGIDA Y ENVÍO DE FIRMAS DEL COMPROMISO DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DE GALLUR CON EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS (27/02/2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE NUESTRO PAÍS Y EN CONCRETO DE ARAGÓN EN EL TEMA DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS.
SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO CON EL PROBLEMA DEL USO INADECUADO DE LOS ANTIBIÓTICOS.
CONOCIMIENTO DE LOS MAPAS DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA LOCALES Y DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS QUE SE ESTÁN ELABORANDO PARA ARAGÓN.
IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCO A PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS EN LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS.
EN CONCLUSIÓN: LA RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS ES UN PROBLEMA COMPLEJO QUE PRECISA DEL COMPROMISO DE TODOS LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL USO Y LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA.
ES PRECISO FORMACIÓN Y ES IMPORTANTE DISPONER DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA QUE NOS PERMITA CONSERSUAR EL BUEN USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS CLÍNICAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1291 ========== ***

Nº de registro: 1291

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, LOPEZ ECHEVERRIA MERCEDES, HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL, BLASCO VALENTI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1291

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología infecciosa
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril 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 - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ELIAS VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUEÑAS ANGULO FRANCISCO JESUS
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
BELLOSO ABAD ANA MARIA
BOIRA CUEVAS MARINA
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de junio se iniciaron las actividades del proyecto realizando un primer taller teórico con objetivos formativos, en el que se explicaron los principales factores de riesgo para la salud de la espalda, las normas de higiene postural y ergonómicas, así como las buenas prácticas posturales en la realización de las actividades tanto en el ámbito laboral como en la vida diaria.
Comenzamos el taller con una encuesta de autoevalucación (de 22 ítem repartidos en 10 grupos de información) para conocer la situación de partida de las personas asistentes. Para que la actividad resultara más amena, se utilizó un vídeo de consejos y recomendaciones, se realizó una presentación con diapositivas y uno de los asistentes actuó de monitor para reproducir las posturas y movimientos correctos.
En la segunda parte del proyecto, que se llevó a cabo en los meses de noviembre y diciembre, se desarrollaron 3 talleres prácticos en los que se enseñaron una selección de ejercicios con la ayuda de un vídeo, intentando aprenderlos todos los asistentes mientras los realizaban según las posibilidades de cada uno y sin forzar las limitaciones individuales. Finalmente se realizó otra encuesta de valoración global del proyecto.
El material audiovisual utilizado en los talleres se ha puesto a disposición de la población en el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras realizar un análisis de la información recogida en las encuestas, se obtuvieron los siguientes resultados:
Nivel de participación: El nivel de participación fue del 3,3 % de la población objetivo. Si consideramos únicamente la población de las localidades en las que se realizaron los talleres el nivel de participación sube al 5,69%.
Características de los/as asistentes: El 55% de los asistentes fueron mujeres con una edad media de 42 años; y el 45 % fueron varones con una edad media de 45 años. El 90% había sufrido algún episodio de dolor de espalda, con mayor frecuencia (78%) en la zona lumbar; seguido de la columna cervical con un 66,6 % y en todas las zonas de la columna un 33,3 %. El 50% necesitó tratamiento farmacológico y solamente el 20% estuvo de baja laboral o incapacitado/a temporalmente para realizar sus tareas habituales.

Factores de riesgo identificados (diferenciados en 10 grupos de información)
AL DORMIR
Adoptar posturas incorrectas ..... 29,40 %
Colchón que no se adapta a la curvatura natural de la columna..... 58,82 %
EN POSICIÓN DE PIE
Mantener la postura largo tiempo sin apoyar un pie en algún objeto elevado
intercambiando el pie de apoyo..... 64,90 %
Mantenerse largo tiempo de pie sin variar la postura o sin bascular el peso
del cuerpo de una pierna a otra..... 17,65 %
Realizar giros con el tronco en vez de girar los pies..... 42,60 %
AL ESTAR SENTADO
No apoyar la zona lumbar en el respaldo o brazos en el reposabrazos... 32,60 %
Mantener la misma postura durante una hora o más tiempo..... 47,06 %
EN EL ASEO PERSONAL
Doblar la espalda sin apoyo en el lavabo ..... 53,43 %
AL RECOGER OBJETOS DEL SUELO
Agacharse doblando la espalda sin flexionar las rodillas..... 68,30 %
AL REALIZAR LABORES DE LIMPIEZA
No mantener la espalda recta al pasar la fregona o el cepillo, así como
para limpiar zonas
bajas..... 64,71 %
MANEJO DE CARGAS
Doblar la espalda sin flexionar las rodillas al levantar cargas del suelo... 70,58%
No manipular la carga cerca del cuerpo..... 29,40%
No utilizar altillos para coger objetos objetos o cargas situadas a una altura

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

por encima de los hombros..... 23,52 %
AL CONDUCIR VEHÍCULOS
No regular la altura del asiento, el respaldo o el volante antes de iniciar la marcha
.....
28,60 %
En viajes largos no descansar cada 2 horas para estirar las piernas..... 64,70 %
EJERCICIO FÍSICO
No realizar ejercicio físico moderado de forma habitual …..... 58,82 %
No realizar ejercicios de estiramiento antes y después del ejercicio..... 100 %
SOBREPESO
Considerar que se tiene algo de sobrepeso..... 78,50%

Valoración de las actividades realizas en el Proyecto
Todos los participantes valoraron la información recibida como muy útil. La gran mayoría (73%) pudo realizar todos los ejercicios y el 27 % sólo algunos.
También valoraron positivamente todos/as los/as asistentes las siguientes cuestiones:
1.- Tener a su disposición el material audiovisual utilizado para profundizar en los consejos y recomendaciones de higiene postural, así como para facilitar el aprendizaje y la práctica de ejercicios en su domicilio.
2.- Estar más concienciados para implicarse en el cuidado de la salud de su espalda.
3.- Poder realizar alguna actividad física (pilates, yoga, etc) o terapéutica para la salud de la espalda, impartida periódicamente por un profesional.
Del mismo modo el 100% de asistentes coincidieron en tener un alto grado de satisfacción tras participar en las actividades de este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las persona que han participado en este proyecto han mostrado gran interés por los contenidos y desarrollo de las actividades realizadas. Al mismo tiempo, han manifestado quedar más comprometidas con el cuidado y salud de su espalda, así como la utilidad del material que se ha puesto a su disposición para poder reafirmar los conocimientos teóricos y la práctica de ejercicios en su domicilio. Podemos considerar, por tanto, que se han alcanzado los objetivos planteados en este proyecto.
No obstante, la dispersión geográfica de las localidades adscritas al Centro de Salud Herrera de los Navarros, así como la escasa población de muchas de estas localidades, ha influido negativamente en el nivel de participación que ha sido inferior al esperado. Esta circunstancia se comentó en una reunión del Consejo de Salud, planteándose la conveniencia de que se repita este proyecto en el próximo ejercicio para consolidar sus objetivos y poder llegar a todas las localidades y todas las personas interesadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/589 ========== ***

Nº de registro: 0589

Título
PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Autores:
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO JESUS, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, BELLOSO ABAD ANA MARIA, BOIRA CUEVAS MARINA, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

En el C. S. de Herrera de los Navarros, se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Teniendo en cuenta que el dolor de espalda es un motivo muy frecuente de consulta médica, dado que según determinados estudios cerca del 80% de la población sufrirá dolor de espalda o de cuello a lo largo de su vida, siendo además un motivo frecuente de baja laboral; creemos interesante plantearnos realizar actividades en pequeños grupos para fomentar hábitos de vida saludables, promoviendo pautas de higiene postural, así como ejercicios de estiramiento y potenciación muscular, con el objetivo de prevenir sobrecargas, mejorar la forma física y conseguir la disminución de prescripción de analgésicos en procesos banales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la interacción de los profesionales sanitarios con su población objetivo fuera de las consultas, favoreciendo su proximidad y mejorando así su nivel de confianza.

- Dotar a nuestros pacientes de herramientas y conocimientos teórico-prácticos adecuados, desarrollando un programa educacional de la salud de la espalda para evitar trastornos musculo-esqueléticos y lesiones cervicales y dorso-lumbares generadas, en muchas ocasiones, por malas posturas y hábitos de vida insanos.

- Facilitar la identificación de las situaciones de riesgo musculo-esquelético tanto en la vida diaria como en el entorno laboral.

- Proporcionar estrategias y consejos útiles para la realización de actividades de la vida diaria, economizando esfuerzos y evitando tensiones innecesarias.

- Concienciar a la población sobre la importancia de tener hábitos saludables y de practicar, de forma regular en su domicilio, los ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y corrección muscular aprendidos y adaptados a sus características individuales, para prevenir la aparición de episodios dolorosos o acelerar su recuperación.

MÉTODO

1.- Selección de temas

- Factores de riesgo para la columna vertebral.
- Normas de higiene postural y ergonomía. Buenas prácticas posturales en las actividades de la vida diaria.
- Ejercicios prácticos: Posturas básicas. Columna cervical. Columna dorso-lumbar.
- Salud integral de la espalda: Actividad física y deporte. Alimentación y sobrepeso. Tabaquismo. Estrés y sueño.

2.- Elaboración de la parte teórica y elección de los ejercicios.

Programa Educacional de la salud de la espalda: Utilizaremos material audiovisual, (PowerPoint y videos) para amenizar tanto la parte teórica como la práctica. En cuanto a los ejercicios físicos se realizarán estiramientos y fortalecimiento muscular utilizando la regla del “ no dolor”, evitando todos aquellos movimientos que produzcan dolor a cada paciente para adaptarlos de forma individual.

3.- Elaboración de las encuestas de satisfacción.

Se elaborará una encuesta de autoevaluación al inicio del programa, con el objeto de poder detectar los posibles hábitos perjudiciales y otra al finalizar el programa para valorar los conocimientos adquiridos, así como la satisfacción con la realización del programa educativo.

4.- Información a la población y carteles informativos.

Informaremos a la población de la realización del taller educativo en las consultas, tanto médicas como de enfermería. Además, se elaborarán carteles informativos que se colocarán en la zona de admisión del Centro de Salud de Herrera de los Navarros y en los consultorios.

5.- Recogida de datos y evaluación.

Los datos se reflejarán en una Tabla diseñada para este fin.
En las evaluaciones se medirán diferentes parámetros tales como: mejoría del dolor, práctica de ejercicios, adhesión y/o mantenimiento de hábitos saludables, etc..
Se realizará una evaluación parcial al término del primer ciclo y una evaluación final en diciembre. Una vez transcurridos seis meses se realizará otra evaluación de control para conocer el impacto del programa y mantenimiento del aprendizaje.

INDICADORES

Nº talleres programados / nº talleres realizados >80%
Los talleres se realizarán mensualmente. Durante el mes de mayo se hará difusión del programa y se captará a los pacientes interesados. Se desarrollará un primer ciclo con 2 talleres durante los meses de junio-julio y un segundo ciclo durante los meses de octubre-noviembre con otros 2 talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Se evaluará el porcentaje de pacientes satisfechos respecto al número de asistentes con una encuesta de 10 items y una escala de valoración que irá del 1 al 10

DURACIÓN
Planificación del proyecto: Mayo 2018

La duración estimada de cada sesión será de unos 60 minutos, pero se podrá adaptar a las circunstancias que se produzcan.

Realización de los talleres: primer ciclo: junio-julio; segundo ciclo: octubre-noviembre

Evaluación parcial: septiembre 2018

Evaluación final: 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 - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
MARTIN GOMEZ SUSANA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
BELLOSO ABAD ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos puesto en marcha el protocolo de contenido y mantenimiento de :
Carro de Paradas
Sala de Urgencias
Maletines de Urgencias
Calendario: la duración de la puesta en marcha fué de junio/2018 a diciembre/2018.
Se fueron comunicando el reparto de taréas y la evolución de su cumplimiento, en diferentes sesiones a lo largo del año.
RECURSOS:
Materiales: Carro de Paradas recibido en 2018, medicación y material de urgencias.
Realizamos Hojas de Registro: a) Mantenimiento y caducidades del material del carro, maletines y sala.
b) Rotación de responsables.
ACCIONES REALIZADAS: Primera sesión: exposición del Proyecto y reparto de taréas.
Sesiones posteriores de seguimiento del Proyecto.
Montaje del Carro de Paradas.
Actualización de los Maletines de Urgencias.
Actualización del Cajetín de Urgencias.
Actualización de la Sala de Urgencias.
ELABORACION:
Hoja de Registro de las actividades propuestas anteriormente.
Listado de caducidades del material y de sus revisiones.
Documento indicando el criterio para designar a los profesionales responsables de la atención urgente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Existencia de un documento de designación de profesionales responsables de la atención urgente.
Objetivo: Existencia de dicho documento. Cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los Equipos de Atención Primaria y Atención Continuada se han implicado en el desarrollo de todas las actividades propuestas para llevar a cabo el proyecto.
Se ha consensuado la periodicidad de las actividades propuestas, para seguir realizándose de forma indefinida.
Aspectos pendientes: valorar la posibilidad de incluir protocolos de urgencia actualizados, de forma clara.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1358 ========== ***

Nº de registro: 1358

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, MARTIN GOMEZ SUSANA, ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención Urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las situaciones de urgencias vitales requieren rapidez de acción, entrenamiento previo y conocimiento de la localización del material y medicación de urgencias.
La variabilidad en los criterios de atención urgente y las excesivas diferencias profesionales, formación e implicación, junto a la indecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, y la dificultad en el seguimiento de los procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos, hacen necesario este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Evitar las demoras en la Atención Urgente, mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales, en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/profesionales responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
2-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
3-Organización del Carro de Paradas y Emergencias.
4-Actualización de los Cajetines de Medicación y Maletines de Urgencias, y organización del control de los mismos.

5-Reorganización de la Sala de Urgencias y organización del control de las caducidades y esterilización del material.

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en Atención Urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en Atención Urgente en el Centro de Salud entre RCP y otros cuadros de Patología Urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de Atención Primaria como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos), sobre la Atención de la Patología Urgente.

INDICADORES
1.Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro (fuente de información (FI) existencia del documento).
-Indicador: Existencia de dicho documento Sí/No
Objetivo: Existencia de dicho documento Sí/No
-Indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
Objetivo: superior al 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.
2. Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro: actas firmadas o certificados de cursos realizados.
3. Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.

DURACIÓN
De junio 2018 a diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarroyo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE
BUENO VALERO ALICIA
BLESA RAMIREZ MARIA
LABORDA CEBRIAN CARMEN
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
AGANZO LOPEZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previamente al inicio de la Campaña del temporero se realizaron reuniones informativas en Centro de Salud dónde se Consensuaron Carteles informativos a la vista en la Zona de Urgencias, que es dónde acude principalmente el Temporero, así como en Admisión.
Dichos carteles informativos se realizaron en idiomas como inglés, árabe y rumano, a parte de castellano, con el fin de facilitar la comunicación con los pacientes.
Así mismo se hicieron fotocopias de las fichas de registro quedando a disposición de los sanitarios de Atención Continuada en cada consulta de urgencias, en unas carpetas específicas, con el fin de facilitarla al paciente si era atendido en horario de Atención Continuada. Así el paciente salía de la consulta con la información correspondiente que debería aportar al Servicio de Admisión, facilitando la conciliación con su jornada laboral.
Reuniones con Consejo de Salud de Zona Básica 14/2/2018, 2/5/2018 y 14/9/2018, dónde se expone a sus alcaldes la estrategia a seguir así como a trabajadores sociales correspondientes.
Se expone en la Mesa de Campaña 22/6/2018, valorando positivamente los resultados del año anterior.

Se expone el Proyecto en la Dirección General de Igualdad y familia, en la Comisión de Educación, formación y Empleo del Foro de la Inmigración con Dolores Bernal, y se nos concede mención especial como Programa de Buena Práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se aprecia un número de altas ascendente desde inicio de la primera fase del Proyecto en 2017 (2.415 TiS) en comparación con años, contabilizando de marzo a septiembre.
Pero en año 2018 el número de altas descendió ligeramente a 1.366, evaluamos diferentes causas:
- llegada de menor número de temporeros
- algunos de ellos ya tenían su tarjeta solicitada de la temporada anterior
Sí que observamos que el conocimiento del protocolo era mayor, y que acudían a urgencias con su documentación correctamente cumplimentada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva desde entidades sociales y usuarios, y los profesionales sanitarios también consideramos que este Proyecto a supuesto una mejora de calidad en las jornadas de atención Continuada.
Hemos conseguido una Enfermera/o de Refuerzo durante la Campaña 2018.
Pero seguimos solicitando un apoyo Administrativo para tarmitar todas esas Tarjetas Sanitarias durante la Campaña.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/813 ========== ***

Nº de registro: 0813

Título
CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON.GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Autores:
TIRADO AZNAR MARTA, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, BLESA RAMIREZ MARIA, AGUARON CRESPO MARIA ANGELES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

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

PROBLEMA
Para entender esta iniciativa es obligado explicar que la llegada de 5.000 a 8.000 temporeros a nuestra Comarca, se hace de forma masiva a lo largo de cuatro o cinco meses, y que, desde hace años, las condiciones laborales y sociales no son siempre las adecuadas.
“La Mesa de Campaña” se reúne previamente y también al finalizar la campaña, para mejorar la coordinación entre los distintos sectores que participan en el desarrollo de la misma: servicios sociales, educación, salud, seguridad ciudadana, sindicatos, organizaciones empresariales, entidades sociales y representantes municipales e institucionales. aspectos variados de la organización sanitaria, policial, salarial, de mediación, de alojamiento, etc.
Desde el Centro de Salud objetivamos este aumento masivo de la población y nos dimos cuenta de que raramente acuden a las consultas a demanda, y no tienen médico de cabecera asignado, por lo que principalmente se les atiende de urgencia por cualquier motivo, sea urgente o no.
En ocasiones el entorno habitacional de estas personas no es el mas adecuado, y sus jornadas laborales les impiden acudir por la mañana a una consulta médica, pues su objetivo es trabajar y no ausentarse; es por ello que acuden al Servicio de Urgencias al finalizar la jornada para solicitar asistencia sanitaria.
El no haber regularizado su Tarjeta Sanitaria previamente conlleva problemas de registro y sanitarios importantes.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de dicho Proyecto son los siguientes:
-Informar a la población que acude a trabajar de su derecho a asistencia sanitaria, pero solicitando su Tarjeta Sanitaria correspondiente de forma reglada y con sus documentos identificativos correspondientes.
-Solicitar la ayuda para la difusión de dicha información al Consejo de Salud, Entidades Sociales y Mesa de Campaña.
-Difundir información y solicitar colaboración a las organizaciones empresariales, asociaciones de empresarios y a empresas agrícolas que gestionan contratos laborales.
-Diseñar en colaboración con la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios un Documento de Recogida de datos básicos y accesibles para el temporero, con el fin de que pueda darse de alta como “Desplazado Temporal” en nuestro Sistema Sanitario.
-Facilitar dicha gestión desde Unidad de Admisión del Centro de Salud de La Almunia.
-Atención Sanitaria de calidad con pacientes activos en el sistema informático del SALUD.
-Registro adecuado de las atenciones sanitarias con el objetivo de solicitar apoyo Médico, Enfermero y Administrativo a la Dirección de Atención Primara, justificado por la sobrecarga de demanda asistencial.

MÉTODO
Reuniones del Consejo de Salud Trimestrales.
Reunión informativa inicial con Empresarios y Entidades colaboradoras el 14 de mayo 2018.
Reunión de "Mesa de Campaña" al comienzo de campaña y al final.
Reunión con Mediadores y Personal de Duchas y Trabajadoras Sociales.
Cartelería Informativa en español, inglés, rumano y árabe.
Comunicación desde el FORO DE LA INMIGRACIÖN.

INDICADORES
Indicadores a medir:
Tramitación de tarjeta sanitaria desde Servicio de Admisión del C.S. de La Almunia durante los meses de Campaña (mayo a octubre).

DURACIÓN
Fecha de inicio en Mayo 2018 hasta Octubre de 2018.
Reuniones previas informativas en Consejo de salud.
Reuniones con Entidades Sociales durante estos meses.
Reuniones de "Mesa de Campaña"
Reuniones evaluadoras del Proyecto tras finalizar Campaña durante los meses de octubre y noviembre

OBSERVACIONES
Somos conscientes de que el proceso es largo, y de la necesidad de la colaboración desde todos los ámbitos, ya que es un Proyecto Transversal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA BLESA RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRAVO ANDRES RAQUEL
COMPES LORENTE ALBERTO
ESCRIBANO PARDO DANIEL
BADESA MONREAL MARIA JOSE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Presentación al EAP del Proyecto de Mejora en la Atención y Seguimiento del paciente con Insuficiencia Cardiaca.

2.- Reparto de los listados con los pacientes identificados con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca a cada CIAS.

3.- Sesión Clínica : Insuficiencia Cardiaca. Abordaje en Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al procedimiento de movilidad voluntaria de médicos de Atención Primaria no se ha llegado a cuantificar el impacto del proyecto, en cuanto a:

1.- Mejorar las actividades preventivas en la Insuficiencia Cardiaca.

2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con Insuficiencia Cardiaca descompensada.

3.- Aumentar la cobertura de Vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.

4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.

5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardiaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Proyecto de Mejora en su primera fase ha promovido una actualización en el diagnóstico y manejo de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca, tanto por parte de los profesionales médicos, como de enfermería, para lograr una mejora en nuestra práctica clínica.

Se ha informado al equipo de los indicadores de seguimiento, por los que será evaluado su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/899 ========== ***

Nº de registro: 0899

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
BLESA RAMIREZ MARIA, BRAVO ANDRES RAQUEL, COMPES LORENTE ALBERTO, ESCRIBANO PARDO DANIEL, BADESA MONREAL MARIA JOSE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

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

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

PROBLEMA
La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una patología crónica con una incidencia y prevalencia crecientes, que constituye un problema de salud pública, debido a:
- La IC es la 4º causa de muerte cardiovascular en España. Ocasiona el 10% de los fallecimientos por causa circulatoria en varones y el 16% en mujeres. En España mueren más de 17.000 personas al año por IC.
- Prevalencia global en España: 4,7 – 6,8%, que aumenta exponencialmente a partir de los 75 años, llegando a afectar al 16% de la población (estudio PRICE)
- Representa el 3 -5% de los ingresos hospitalarios y es la 1ª causa de hospitalización en mayores de 65 años. Aproximadamente un 2 – 3 % del total del gasto sanitario se destina a la IC, y el 75% del gasto sanitario que genera esta enfermedad, se debe a los ingresos hospitalarios.
- La IC es una enfermedad de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior a la de algunos cánceres (mama, próstata).
- Ocasiona una baja calidad de vida debido a la sintomatología, los frecuentes reingresos y los efectos secundarios de los fármacos.

La dificultad en el diagnóstico en fases muy iniciales de IC, cuando el paciente tiene síntomas muy poco específicos es un reto para Atención Primaria, y esto provoca que habitualmente se controle y trate sólo a los pacientes sintomáticos, para los que el pronóstico es malo.
El abordaje actual de esta enfermedad se centra en la prevención y el diagnóstico precoz, ya que sólo en fases preclínicas o iniciales podemos llegar a modificar la historia natural de la enfermedad.
La estrategia inicial se basa en : incidir en los factores de riesgo de la IC (HTA, Hipertrofia ventrículo izdo., Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica), e identificar individuos que sufren la enfermedad en fases iniciales.
El tratamiento debe individualizarse y requiere una revisión periódica donde se ajusten los objetivos específicos, así como asesoramiento sobre el modo de vida (educación sanitaria)

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar las actividades preventivas en la IC.
2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con IC descompensada.
3.- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO
1.- Cambios en la práctica clínica: implementación de Guias de Prática Clínica (GPC), vía clínica.
2.- Plan de formación en IC: sesiones EAP, sesiones de gestión de casos.
3.- Evaluación: diseño de plantilla cuidados IC, trabajo grupo IC: listados, indicadores de seguimiento.
4.- Comunicación del desarrollo del Proyecto: reunión EAP.

INDICADORES
1.- Mejora actividades preventivas en IC: Actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en contexto de IC.
2.- Reducción uso urgente servicios sanitarios del hospital:
Nº ingresos urgentes por descompensación de IC / Nº ingresos urgentes por descompensación de IC en el año anterior. (objetivo: ?2%)
3.- Potenciación cuidados en IC:
Nº de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica. (objetivo: ?10% en vacunación antigripal y ?5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior).
4.- % de pacientes con IC enlos que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, TA) (objetivo: medición situación de partida)
5.- Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con IC a los que se ha hecho revisión del tratamiento. (objetivo > 50%)
6.- % pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)
7.- % de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.
2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)
3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)
4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)
5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAPUENTE ARRUEBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TIRADO AZNAR MARTA
MELUS GUTIERREZ ANGEL
SANMIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
BADESA MONREAL MARIA JOSE
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA
RIVERO SANZ OLGA
GARCIA MALLO FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se ha mantenido y reforzado grupos establecidos con apoyo sanitario
se ha buscado apoyo en tecnicos deportivos en algunas localidades
se ha cambiado horario dependiendo de la climatologia
en grupos donde no habia apoyo sanitario, se ha incluido
se ha motivado por parte del personal sanitario en las consultas a la poblacion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
hay grupos de paseo establecidos en als 5 localidades
el numero de aprticipantes medio oscilo en 10 aproximadamente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la irregularidad de algun grupo se basa en problemas tan sensillos como el cambio de hora o dia
el apoyo sanitario es importante a la hora de iniciar la actividad, y mantenerla
el consejo sanitario en las consultas es fundamental

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/960 ========== ***

Nº de registro: 0960

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, MELUS GUTIERREZ ANGEL, SANMIGUEL HERNANDEZ CONSULELO, BADESA MONREAL MARIA JOSE, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, RIVERO SANZ OLGA, GARCIA MALLO FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: modificacion del estilo de vida

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

PROBLEMA
La inactividad física es uno de los mayores condicionantes para la salud El sedentarismo se asocia con diversidad de indicadores negativos de salud: el aumento de la mortalidad y mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares
El ejercicio cardiosaludable mas accesible y facil para todos es caminar.Caminar al menos 30 minutos diarios reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares hasta en un 27% Lo más importante con la actividad física es la constancia, que perdure en el tiempo, así podremos visualizar a través del paso de los días el resultado de nuestro esfuerzo, y obtener a parte de un físico y peso deseado,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

una salud en estado óptimo

RESULTADOS ESPERADOS
iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

MÉTODO
se han iniciado paseos en la almunia, alpartir, almonacid y ricla, con un dia y horario concretosemanales En esta etapa se trata de
- fortalecer los grupos existentes y animarlos en su continuidad
- analizar la irregularidad de algunos grupos ver causas y soluciones
- buscar apoyos externos para mantener continuidad (consejo salud, tecnicos deporte de la comarca...)

participacion activa del personal sanitario para motivar a los pacientes

INDICADORES
- existencia de paseos en los 5 lugares previstos con perioricidad semanal
- numero de poarticipantes-

DURACIÓN
duracion anual, teniendo en cuenta que puede haber una pausa en el periodo estival, y comienzo en los lugares donde no existen dePerioricidad de septiembre a junio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS
La comunidad de Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta el 31 de diciembre del 2017
En las instalaciones de Accem en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en diciembre del 2017 y proceden de Siria, el Salvador, Ucrania y Venezuela .
Desde la consulta de Pediatría surge la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo con estos niños refugiados, siguiendo el protocolo de Atención a los niños y niñas inmigrantes . PANNI . Revisión del 2016 . Realizado por el Grupo de Inmigración y Adopción de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .
Descripción de nuestros niños refugiados .
Agrupados por familias : dos Venezolanos,dos de Salvador y once Sirios agrupados en 4 familias .
A todos ellos se les realizó una entrevista con interprete donde se les acoge, se realiza una anamnesis detallada y se escucha de forma activa sus inquietudes o problemas familiares .
Posteriormente se realiza una exploración fisica completa siguiendo el Programa de OMI de APdel niño sano .
Se realiza el protocolo y se solicita analítica complementaria .que incluye un hemograma, metabolismo del hierro, Vit D 3, Ac Fólico, Vit B 12,estudio tiroideo, serologias si fueran precisas para conocer su estado vacunal que incluye Hepatitits B, Sarampion, Rubeola ,Parotiditis, Varicela Zoster, estas se han ampliado a Hepatitis A, Hepatitis C, Lues, VIH y Hepatitis C . También se ha realizado P de Tuberculina .
Coprocultivo de parasitos y sedimento de orina .
Se realizan actividades Preventivas : actualización de sus calendarios vacunales, profilaxis de ferropenia, profilaxis de raquitismo por déficit de vit D 3, profilaxis de déficits nutricionales, profilaxis de mutilación genital femenina según país de origen
Si es necesario se deriva a especialistas
Se supervisa posteriormente su integración en la comunidad de acogida .
Recursos empleados humanos :interpretes, trabajadores sociales, personal sanitario
Recursos materiales para realizar analiticas,P de tuberculina, vacunas,tallímetro, peso, aparato de T arterial, optotipos, podoscopio,audiometria, radiodiagnostico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

Necesidad de interpretes en 74%
Aclaración ;los Sudamericanos no necesitaban interpretes

,Indicador %de niños que han necesitado calendario acelerado de vacunas :66 %

Indicador % de niños con algún deficit analitico tratado, : 66,66%, a los cuales se les puso tratamiento .Se buscaba mas de un 50 % como indicador de calidad
Dé ficits encontrados :Anemia microcítica 1,
Déficit de Vit B 12 con factor intrínseco normal, :7
Déficit de Vit D 3; 9
Indicador % de niños con P Tuberculínica Positiva y tratamiento adecuado : 100%

No se realizo la PP D a los niños Sudamericanos : 4
El resto de niños se realizo la PPD :11 niños
Uno tuvo PPD positivo con RX torax ; informado de tuberculosis pulmonar con afectación adenopática. .Se instauró tratamiento administrado desde el C de Salud para mayor seguimiento del mismo y fue dado de alta . El seguimiento posterior localizo a sujeto indice su padre al cual también se pudo tratar de Tuberculosis Pulmonar . Creemos importante realizar PPD en la acogida de niños refugiados .
% de niños donde se realiza una inteconsulta médica y se dió respuesta a esta interconsulta : 88%.
De los 15 niños en 4 de ellos no se realizó ninguna interconsulta
Del resto,el total de interconsultas realizadas fueron 18 y se respondieron a16 es decir un 88 %.
Se buscaba un 40 % como indicador de calidad .
De ellas por subespecialidades se realizaron:

Ic a Oftalmología :5, se detectaron estrabismo, miopía, hipermetropía y astigmatismo
Ic a Dentista :3 se realizó sellado de molares y obturación caries

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Ic a Endocrino : 2 por Hipertrofia de clítoris y Pubertad adelantada
Ic a Trauma : 1 Escoliosis y dismetría de EEII
Ic a Infecciosos: 1 Sospecha y tratamiento de Tuberculosis pulmonar
Ic a Digestivo :1 por bajo peso
Ic a Dermatologia :1 Verrugas y dermatitis
Ic a Psiquiatra, Neuropediatra, A . Temprana y Otorrinolaringologo : por sospecha de espectro autista

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha gustado mucho trabajar con los niños refugiados en colaboración con los interpretes cuando ha sido necesario y con el resto de compañeros de medicina de familia . El cronograma lo tuvimos que modificar para ordenar a los niños, se realizaba un estudio inicial, si se precisaba se solicitaba entonces la analitica, posteriormente se ponia el tratamiento y posteriormente pasados 3-4 meses nueva analitica de control si fuera preciso .
las familias se han sentido acogidas y cuidadas .Los cuatro niños sudamericanos se marcharon a vivir a otra zona donde encontraron trabajo

7. OBSERVACIONES.
Es mucho mas ordenado realizar esto desde la consulta de pediatria, si se detecta algun problema se comenta con sus padres y con sus respectivos Médicos de Familia .Los resultados han sido realmente buenos gracias a la colaboración de todos incluyendo a los diferentes especialistas hospitalarios .

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1444 ========== ***

Nº de registro: 1444

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta 31 de diciembre del 2017 .
El Gobierno de Aragón coordina este programa puesto en marcha por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, gestionado por diferentes entidades colaboradoras subvencionadas por el Gobierno Central : Cruz Roja, Cepaim, Accem, Apip, Acam y Diaconia .
En las instalaciones que Accem tiene en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en Diciembre 2017 y proceden de Siria, El Salvador, Ucrania y Venezuela .
Se trata de un primer grupo recién llegado,que ha sido acogido en el medio rural .
El Gobierno de Aragón pone a su disposición todos los servicios que requieran ya sean educativos, sociales, sanitarios …
Desde la consulta de Pediatría, hemos visto la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo en estos niños refugiados siguiendo el Protocolo de Actualización de la Atención de niños y niñas inmigrantes . PANNI, realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .Revisión 2016
Esto nos ayudará a conocer mejor a nuestros niños refugiados, saber cuales son sus necesidades reales y qué puntos de mejora pueden tener dentro de nuestro Sistema Sanitario

RESULTADOS ESPERADOS
Población de niños refugiados atendidos en nuestro Centro de Salud de la Almunia desde 1 Enero del 2018 a 31 de Diciembre del 2018 .

- Acogida y anamnesis individual .
- Aplicación del Protocolo PANNI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

- Actualización del Calendario Vacunal.
- Mejora de su situación actual

MÉTODO
- Actualización teórica del Programa PANNI.
- Realización de una anamnesis con ayuda de interpretación telefónica o un acompañante intérprete de la propia ONG.
- Exploración física completa .
- Registro de vacunas
- Solicitud de analíticas precisas .
- Realización de P de Mantoux si fuera necesario
- Interpretación de resultados .
- Mejora de su estado de salud

INDICADORES
% de niños a los cuales se les ha realizado una anamnesis completa siendo necesaria un mediador o una interpretación telefónica del total de niños refugiados .Buscar el 95%
% de niños que han necesitado un calendario vacunal acelerado sobre el total de niños refugiados atendidos .
% de niños con algún deficit analítico tratado del total de niños refugiados .Buscar mas de un 50%como indicador de calidad
% de niños con P Tuberculinica positiva y tratamiento adecuado.
% de niños que hemos realizado una interconsulta médica y se ha dado respuesta a esta interconsulta Buscar un 40 % como indicador de calidad

DURACIÓN
De enero del 2018 a diciembre del 2018 se recogera el listado de todos los niños refugiados en C S de la Almunia y se realizara:
1- Anamnesis, Protocolo Panni, actualizacion de Calendario vacunal .
2- Control a los 6 meses, evaluacion de indicadores
3- Control a los 12 m, resultados finales

OBSERVACIONES
-En función de país de origen del niño refugiado el estudio inicial podría variar .
-Dispondriamos de un mapa de necesidades de estos niños refugiados según su pais de origen, intentando solventarlas adaptandolos progresivamente a nuestro sistema sanitario .
-Algun niño podria perder algún control si es derivado a otra zona de acogimiento .

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1572

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORTE CAMPILLO MARINA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo se ha reunido en múltiples ocasiones para concretar el método de evaluación del proyecto, así como establecer las sesiones.
Las tres personas involucradas en este proyecto hemos participado en el curso "Herramientas Básicas para el manejo del malestar emocional en la consulta" donde hemos recibido información y habilidades para el manejo de estas técnicas de Atención Plena en la consulta, de manera individual y colectiva.
Se realizaron tres sesiones grupales, con personal del centro, donde se trabajó la Atención Plena y la relajación. Con buen resultado en cuanto a su acogida por parte de los participantes. Subjetivamente los participantes manifestaron bienestar, aunque no fue evaluado cuantitativamente. Se evaluó cualitativamente mediante entrevista verbal, donde se puso de manifiesto que el proyecto merecía continuar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El programa ha sido bien acogido y los participantes experimentaron cambios positivos respecto a la reducción del nivel de estrés y de pensamientos recurrentes. Subjetivamente nos relataron sensación de bienestar físico y psíquico, incluso días después de la práctica grupal.
Valoraron muy positivamente realizar la sesión a última hora de la jornada laboral, ya que eliminaron las tensiones derivadas del trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En un principio, el programa se pensó para realizar sesiones semanales pero no hemos encontrado con algunas dificultades.
La demanda asistencial, falta de espacio, cambios personales y reorganización del equipo, con incorporación de nuevos de nuevos miembros ha retrasado la puesta en marcha del programa en su totalidad.
Sin embargo, las experiencias previas de años anteriores con sesiones quincenales fueron muy positivas, aunque no se evaluaran como proyecto de calidad. Es por ello que se presentó este proyecto, aumenando las sesiones hasta hacerlas semanales a petición del personal del centro, dado el beneficio que se percibió con ellas.
En este mes se van a retomar las sesiones de manera quincenal, con nuevas ilusiones tras los conocimientos adquiridos este último año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1572 ========== ***

Nº de registro: 1572

Título
ATENCION PLENA: MILDFUTNES, RELAJACION

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, MONFORTE CAMPILLO MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1572

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA

Promoción de la salud en ambiente laboral
El esfuerzo, la sobrecarga y la monotonia en trabajo, genera tensiones,e induce stres que condiciona y dificulta las relaciones entre los miembros del Equipo y repercute de forma negativa en la asistencia prestada .
El problema se detecta en conversaciones con los caompañeros durante la jornada laboral y en las reuniones

RESULTADOS ESPERADOS
Va dirigido a personal sanitario yno sanitario del C.S. de Maria de Huerva
-Dotar de herramientas para aprender a relajarse, respirar bien y -Focalizar la atención al momento presente
-Disminuir ansiedades.
-Fomentar relaciones saludables y nutricias.

MÉTODO
Reunion informativa al Equipo
Sesión quincenal los martes de 14 a 15h

INDICADORES
Satisfación de los participantes : Mediante encuesta
standar: 80%de satisfación
Medir BCSQ-36 al inicio y finalización .
Medir Compasión al inicio y finalización mediante el FFMQ o similar

DURACIÓN
Informacion al Equipo : Mayo de 2017
Duraación del proyecto de junio a dicembre de 2017
Evaluación mediante encuestas estandarizadas en dicembre .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1317

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MINGUEZA MOZAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL DOMINGO ANDRESA
PEREZ VICENTE REBECA
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dar a conocer al equipo la existencia y los principios generales de PROA.
Compromiso del equipo en trabajar para mejorar la utilizacion de los antibioticos en atencion primaria.
Sesiones clinicas para dar a conocer el antibiotico mas adecuado dependiendo de la clinica del paciente y las resistencias de nuestro medio, priorizando siempre el de espectro mas reducido.
Colocacion de carteles en el centro de salud y consultorios locales para concienciar e implicar a la poblacion.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados generales que esperabamos se han alcanzado, quedando pendiente la valoracion mediante indicadores cuantivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha estado muy receptivo quedando pendiente el trabajo de campo y la formacion continua para seguir mejorando progresivamente en la consecución de nuestro objetivo de contribuir a la disminucion de las resistencias a los antibioticos mediante el buen uso de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1317 ========== ***

Nº de registro: 1317

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Autores:
CASAÑAL QUINTANA GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1317

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

DURACIÓN
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Mayo)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Sesiones realizadas sobre PROA Junio-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 - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA MARCO OLLOQUI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL CIRAC ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
• Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
• Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
• Información práctica sobre técnica de amamantamiento
• Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
• Educación para la salud materno-infantil
• Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
• Captación de madres donantes de leche
• Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
• Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
• Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Satisfacción percibida en las madres que participan en la actividad.
Captación de una forma precoz al recién nacido por parte de la enfermera de pediatría.
Crear un espacio donde las madres se sienten protagonistas con confianza para mostrar sus dudas, inquietudes compartiendo información y apoyo emocional y profesional para conseguir una lactancia materna feliz y exitosa.
Participación y apoyo entre las distintas madres para afianzar su confianza.
Con la información recibida por parte de las madres, reducir en cierta manera las visitas al pediatra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Intentar captar a todas la madres primerizas desde la consulta de la matrona y/o primera visita del recien nacido.
Reflejar en el OMI del niño, la asistencia de la madre al grupo de lactancia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1324 ========== ***

Nº de registro: 1324

Título
PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
MARCO OLLOQUI MONICA, VIDAL CIRAC ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejoría y satisfacción en la lactancia y crianza
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La lactancia materna es considerada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebes. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil.
Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el número de niños alimentados con lactancia materna y prolongar la duración de la misma, mejorando la satisfacción de las madres
Ayudar a madres y familias a tomar una decisión, correctamente informada, de la mejor forma de alimentar a sus hijos
Estimular el apego entre padres y niños haciendo que la crianza los primeros meses de vida sea más gratificante
Realizar precozmente por parte de enfermería la primera visita del recién nacido
Revisiones del programa de salud infantil del niño menor a 2 años
Captación de madres donantes de leche

MÉTODO
Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
Información práctica sobre técnica de amamantamiento
Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
Educación para la salud materno-infantil
Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
Captación de madres donantes de leche
Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

INDICADORES
Satisfacción materna de las asistentes al grupo

DURACIÓN
Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados en diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL POTENTE ANA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ALIAGA MARTIN MARTA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
MAGALLON TORRES PILAR
RUIZ FELIPE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se citó a los pacientes incluidos en la lista remitida por Dirección, desde el servicio de admisión en consulta no presencial de medicina o enfermería, para valorar situación de partida y confirmar que cumplían criterios de IC
En consulta presencial desarrollada a lo largo de todo el proceso :
Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perimetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable.
Plan de autocuidados :recomendaciones de dieta, ejercicio e informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea o presencia de edemas)
Vacunación antigripal y antineumococica .
Revisión de medicación
Formación :Sesión de formación en I C realizada el 1309 2018
Sesión impartida por MI sobre diagnostico de IC 26 09 2018
Sesión informativa al Equipo sobre el contenido del proyecto 13 09 2018
Se informo al Consejo de Salud de Zona en noviembre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado las actividades programadas,
Se ha mejorado el diagnostico de IC
Ha aumentado el nº de personas que han recibido vacuna antineumococica y antigripal
En cuanto a los indicadores, estamos pendientes del corte del contrato de gestión en este momento no disponemos de los resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas, se ha visto entorpecidas por el cambio de profesionales, y la ampliación de consultorios de Cuarte y Cadrete .
El diagnostico de IC,no siempre estaba confirmado
El no disponer de una plantilla especifica en OMI para IC, dificulta el seguimiento de estos pacientes y no permite diferenciar entre IC con FE disminuida y FE conservada con sus implicaciones en la indicación o no de antagonistas del calcio

En cuanto a la vacunación antineumococica, tuvimos problemas por no entrar en cartera de servicios, excepto para pacientes institucionalizados .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1435 ========== ***

Nº de registro: 1435

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, TORCAL POTENTE ANA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ALIAGA MARTIN MARTA, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, MAGALLON TORRES PILAR, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia cardiaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE IC SE SITUA APROXIMADAMENTE EN 2% DE LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EL 10% EN MAYORES DE 70AÑOS .según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. CON UN alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de lo profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en IC en la totalidad de los pacientes

2. Reducción del uso urgente de servicios sanitarios:

.3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa mediante
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
Actividades preventiva
Autocuidados . Recomendaciones de dieta,ejercicio, informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea, presencia de edemas)
Registro en plantilla de OMI a todos los pacientes con IC:peso, perímetro de cintura,presión arterial., grado de disnea y f,e en situación estable
Adherencia al tratamiento
Control de comorbilidad
Control de factores desencadenantes
2. Cambios en la oferta de servicios:
Modificación de agendas de OMI
desde servicio de admisión se citaran a los pacientes incluidos en los listados remitidos desde dirección de atención primaria, en consulta de médico o enfermera,no presencial para valorar situación de partida y priorizar actuaciones
Incorporación plantilla autocuidados.

3. Formación: Plan de formación IC: Se realizara una sesión clínica de I C y en reuniones con MI se plantearan casos de pacientes con IC

4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.

5. Comunicación del desarrollo del proyecto: se Comunicara el contenido del proyecto al EAP a Medicina Interna como colaborador y se informara al consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados (que tienen menos del 60% de determinaciones en rango los útimos seis meses)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD
3. Modifonicacies de tratamiento si se precisan por el médico del paciente
4. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (dabigatran, rivaroxaba, apixaban o edoxaban)
5. Implementación del protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO por médicos y enfermeros con visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta de seguimiento, así como el registro en Tao net cuando se implante.
6. Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se diseñó por el grupo de trabajo un registro informático consistente en una hoja de cálculo de Open Office para capturar y analizar los datos, que fue enviada a los miembros del EAP por correo electrónico y devuelta por ellos una vez cumplimentada.
Nº total de pacientes en tratamiento anticoagulante oral en 2018 : 211; en 2019 276
% de pacientes en tratamiento con Anti vitamina K del total de los tratados con anticoagulantes orales:
- 2015..... 74%
- 2016..... 68%
- 2017..... 54%
- 2018..... 44%

% de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales:
- 2015.....26%
- 2016.....32%
- 2017.....46%
- 2018.....56%

% de pacientes con AVK, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD
- 2015.....56%
- 2016.....48%
- 2017.....39%
- 2018.....79%

% de pacientes tratados con ACOD, en los que se ha realizado por médicos y enfermeros visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta diseñada a tal efecto en 2018 : 43%.
En cuanto a los eventos registrados se notifican 3 hemorragias mayores lo que representa un 1.08% (2 por acenocumarol y 1 por apixaban) y 3 trombosis, también un 1.08% (2 con apixaban y 1 con edoxaban).
Se han realizado dos sesiones clínicas (26-04-2018 y 12-07-2018) y se presentó y debatió con el EAP el Protocolo de seguimiento de los ACOD, estableciendo que:
- En la primera visita (prescripción) se entrega la tarjeta de seguimiento y registra en la historia del paciente (en el episodio de anticoagulación o en el de ACXFA
- Derivación a la consulta de enfermería para seguimiento al mes del inicio y posteriormente cada tres meses.
- Seguimiento analítico con la frecuencia indicada en la tarjeta en función del filtrado renal y la situación clínica del paciente
- Registro de los resultados en la tarjeta siempre que se realice analitica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha aumentado el número total de pacientes con tratamientos anticoagulantes en nuestro Centro de Salud.
Continua aumentando el número de pacientes con ACOD versus AVK, situándonos en la media europea de prescripción de estos fármacos.
El número de eventos adversos registrados ha sido discretamente inferior a los resultados descritos en la bibliografía.
Todavía hay pacientes mal controlados que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, este no se ha realizado, aunque su número ha disminuido ostensiblemente desde el inicio de este proyecto en 2014.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Hemos comenzado a hacer un seguimiento protocolizado de los pacientes con ACOD, encontrándose ya dicho registro en casi el 50% de los pacientes
En conjunto hemos mejorado la seguridad de los pacientes anticoagulados y resultados obtenidos nos animan a seguir trabajando en esta línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1453 ========== ***

Nº de registro: 1453

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Autores:
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, DIAZ LOBERA NIEVES, PEREZ VICENTE REBECA, SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

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

PROBLEMA
DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, SE HAN INCORPORADO AL CAMPO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES NUEVOS FARMACOS CON UN VALOR AÑADIDO, EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, RECOGIDAS EN UN INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO (IPT) DEL MINISTERIO DE SANIDAD UT/V4/23122013, QUE MEJORAN LA SEGURIDAD, LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES, LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y EN DEFINITIVA LOS RESULTADOS DE SALUD. ESTE CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ANTICOAGULACIÓN NECESITA UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE, QUE IDENTIFIQUE A AQUELLOS QUE PODRIAN BENEFICIARSE DE LOS NUEVOS FARMACOS Y ASEGURE, QUE CUANDO SE UTILIZAN LOS ACOD: (ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCION DIRECTA), AUNQUE NO PRECISAN MONITORIZACION, NO SE RELAJE SU SEGUIMIENTO, QUE DEBE SEGUIR SIENDO ESTRECHO Y REALIZARSE DE FORMA COORDINADA CON LAS UNIDADES DE COAGULACION Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS; CONTANDO EN TODO MOMENTO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
2.- CONOCER COMO HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES.

MÉTODO
1.- IDENTIFICACION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS (QUE TIENEN < 60% DE DETERMINACIONES EN RANGO LOS ULTIMOS 6MESES).
2.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS QUE CUMPLEN CRITERIOS SEGUN EL IPT PARA CAMBIAR A ACOD.
3.- MODIFICACIONES DE TRATAMIENTO SI SE PRECISAN POR EL MEDICO DEL PACIENTE.
4.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD (DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN Ó EDOXABAN).
5.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CONJUNTO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACO POR MEDICOS Y ENFERMEROS CON VISITAS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO, ASI COMO REGISTRO EN TAO-NET CUANDO SE IMPLANTE.
6.- SESIONES CLINICAS EN E.A.P. DE FORMACION EN EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES, SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACOD, ACTITUD EN SITUACIONES ESPECIALES...PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MEDICOS Y ENFERMEROS.
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O CUIDADORES, INTEGRADO EN LAS ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.
8.- ENCUESTA SOBRE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA PRODUCIDA POR ACOD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS.
9.- DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA RECOGIDA DE RESULTADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

INDICADORES
1.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K, QUE EN LOS ULTIMOS 6 MESES TIENEN <60% DE DETERMINACIONES INR EN RANGO.
2.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y SITUACIONES CLINICAS EN LAS QUE EL IPT, RECOMIENDA SU PASO A ACOD.
3.-% PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD DEL TOTAL DE TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.
4.- Nº DE SESIONES CLINICAS DE ACO REALIZADAS EN C.S.
5.- % DE PERSONAS QUE ASISTIERON A SESIONES.
6.- Nº PACIENTES/CUIDADORES QUE ASISTEN A REUNIÓN FORMATIVA.
7.-Nº DE TROMBOSIS REGISTRADAS EN PACIENTES TRATADOS.
8.- Nº SANGRADOS MAYORES:(QUE HAN REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO).
9.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD, A QUE SE HA ENTREGADO TARJETA DE SEGUIMIENTO.
10.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD INCLUIDOS EN TAO-NET (SI SE IMPLANTA).
11.- VALORACIÓN RESULTADOS ENCUESTA MEJORA CALIDAD DE VIDA ACOS Y GRADO DE SATISFACCIÓN PACIENTES.

DURACIÓN
1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO.(JUNIO).
2.- ENVÍO DEL PROYECTO.(22/06/2018).
3.- PRESENTACIÓN AL EAP DEL DISEÑO Y REGISTRO INFORMATIZADO.(JULIO).
4.- ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.(A CADA PROFESIONAL LOS DE SU CUPO).(JULIO).
5.- TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES: VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL, CAMBIOS DE TRATAMIENTO SI PROCEDE, SEGUIMIENTO SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO Y VOLCADO DE DATOS EN EL REGISTRO CREADO. (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, Y NOVIEMBRE).
6.- SESION CLINICA DE ACTUALIZACION EN ANTICOAGULACION Y RESOLUCION DE DUDAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.(OCTUBRE).
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES Y/O CUIDADORES. (NOVIEMBRE).
8.- REALIZACIÓN ENCUESTAS DE MEJORA CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE SATISFACCIÓN A PACIENTES.(NOVIEMBRE, DICIEMBRE).
9.- PROCESADO DE DATOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.(DICIEMBRE).
10.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A EQUIPO Y A DIRECCION.(DICIEMBRE).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR FUNES SABIRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL BRUMOS ISABEL
CORONAS MATEO SONIA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
GORDO YAGÜE PIEDAD
MAGALLON TORRES PILAR
CASTAÑO ROA LUIS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha actualizado y unificado el contenidos de los carros de paradas y maletín de URG en el C,S. y en los consultorios de Cuarte Y Cadrete
Se ha establecido un protocolo de revisión y mantenimiento de las salas de URG de y maletín de URG de Maria de Huerva y Cuarte
--El servicio de admisión dispone de plantilla para adjudicar la atención URG por turnos rotatorios en aquellos consultorios que cuentan con 2 o más profesionales .
Se ha elaborado un documento donde se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles. asi com el contenido del carro y maletín de URG Y distribuido entre los profesionales del C.S y se incluido en la Instrucción de Trabajo
Se ha realizado un curso de RCP
Se han actualizado los (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente y colocado en la salas de URG
Se ha informado al Equipo de la participación en este proyecto en distintas reuniones a lo largo del año .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI)(Existencia de Instrucción de Trabajo)
Existencia del documento Si
Indicador: Existencia de dicho documento Sí
Objetivo : Existencia de dicho documento Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80% -si (se ha remitido por correo electrónico a los profesionales)

- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80% -se cumple -
FI existencia de actas firmadas en C.S. y en dirección

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80% Si
Los documentos han sido auditados de forma periódica, y se refleja en el resultado de la auditoria

Al tratarse de un centro ISO es auditado periódicamente, en 2018 se realizó la auditoria interna en noviembre, en 2019 todavía no se ha fijado fecha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al tratarse de un centro con gran dispersión y mucha población, que continua en crecimiento, la atención de URG durante la jornada ordinaria supone un gran esfuerzo, sobretodo si exige desplazarse para cubrir a un compañero .
Consensuar el documento era importante para que pudiese funcionar .
Debido al aumento de profesionales, tendremos que continuar mejorandolo y adaptandolo durante los próximos meses a las nuevas circunstancias

El Centro de Salud de María, forma parte de los centros ISO desde 2015,
Presta atención Urgente las 24 h. del día,durante todo el año, y trabajan profesionales del equipo reforzados con personal sustituto,
El mantenimiento de la sala de URG y el maletín del coche a sido una prioridad desde 2015 destacando la colaboración de todo el Equipo en su mantenimiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1488 ========== ***

Nº de registro: 1488

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Autores:
FUNES SABIRON ANA PILAR, PASCUAL BRUMOS ISABEL, CORONAS MATEO SONIA, MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, GORDO YAGÜE PIEDAD, MAGALLON TORRES PILAR, CASTAÑO ROA LUIS JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

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

PROBLEMA
-El C.S.de María de Huerva presta atención urgente las 24 h, todos los días del año. Desde 2015 se ha adscrito a las normas ISO por tanto mantiene la organización de la Sala de Urgencias, carro de paradas y malentin de Urg de acuerdo a dichas normas, precisando revisión y adecuación permanente para garantizar la atención adecuada, y la seguridad clínica de pacientes y profesionales
-Variabilidad en los criterios de atención urgente
-Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
-Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
-Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
--Actualización de la Instrucción de Trabajo de las actividades del Servicio de Urgencias del C.S. de Maria de Huerva, (actualización de procedimientos, definir contenidos básicos del carro de paradas, sala de urgencias y maletín de urgencias en C. S y consultorios)
--Definir la propuesta organizativa estandarizada.
--Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
-Mejorar la eficiencia del sistema a través de un apropiado conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
--Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
--Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
--Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
--Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
--Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
--Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES
--Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

```
--FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a
urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
--FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo 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 - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
ALCALA BORDONABA MARIA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ELVIRO MAYORAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entrevista con los docentes
Charla informativa a los padres
Charlas interactivas con los alumnos
Actividades diversas, audiovisuales, recreación de un mercado...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprendizaje de alimetación sana y prevención d ella obesidad. Fomento del ejercicio físico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como hacer comprensible la importancia de la alimentación a los niños, y los que puede pasar si no se come de forma adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1564 ========== ***

Nº de registro: 1564

Título
HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, ALCALA BORDONADA MARIA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ELVIRO MAYORAL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

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

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

PROBLEMA
El colegio demandó actividades para promover hábitos saludables psicoemocional

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir obesidad
- Conocer los alimentos nutricionales más saludables
- Promover conductas y actividades positivas durante las comidas
- Promover el trabajo en equipo

MÉTODO
- Entrevista con los docentes
- Charla informativa a los padres
- Charlas interactivas con los alumnos
- Actividades diversas: audiovisuales, recreación de un mercado...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

INDICADORES
- Encuesta a los alumnos antes y después de la charla
- Valoración de los resultados

DURACIÓN
- Febrero: Muel, 4 sesiones / semanales
- Octubre: Cadrete, 2 sesiones
- Noviembre: Cuarte, 2 sesiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1336

1. TÍTULO

R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SARAY FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GIL RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se cumplimenta un test previo para valorar los conocimientos previos de los alumnos de 1º de bachiller.
Breve introducción teórica, de 20 minutos sobre los signos de parada cardiorrespiratoria.
Priorizar las actividades urgentes a realizar.
Instrucciones de uso y manejo del desfibrilador semiautomático.
Desarrollo práctico de las mismas mediante uso de maniquíes y desfibrilador semiautomático, formando grupos de 4 alumnos, que rotaban por los diferentes maniquíes, con una duración de 1 hora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se contacta con los colegios del barrio de Miralbueno.
De consigue que dos colegios aceptan participar en el proyecto con la autorización de la dirección del colegio y con el A.M.P.A.

Se comparó la diferencia en el resultado del test de conocimientos previo con el posterior. No se planteó ningún resultado a priori, ni del primer ni del segundo test, pero la mejoría entre el primer y el segundo test fue del 70%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de la implicación de los residentes de medicina familiar y comunitaria en participar en actividades comunitarias,
Favorecer la integración del centro de salud en la comunidad.
Potenciar la implicación de los residentes en actividades comunitarias dentro de su proyecto formativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1336 ========== ***

Nº de registro: 1336

Título
RCP EN ESTUDIANTES DE 1º BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS, FRANCO GARCIA SARAY, MARTINEZ GIL RAQUEL, GIL MOSTEO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
DESCONOCIMIENTO POR PARTE DE LA POBLACION ESCOLAR DE LAS MEDIDAS BASICAS A REALIZAR FRENTE A UNA SITUACION URGENTE COMO ES LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA BASICA Y USO DESFIBRILADOR AUTOMATICO

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR LAS HABILIDADES INDIVIDUALES Y LA COORDINACION ENTRE LAS PERSONAS QUE ATENDERIAN ESTA SITUACION ANTE DE LA LLEGADA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1336

1. TÍTULO

R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

MÉTODO
BREVE INTRODUCCION TEORICA INDICANDO LOS SIGNOS DE PARADA
PRIORIZAR LAS ACTIVIDADES URGENTES A REALIZAR
DESARROLLO PRACTICO DE LAS MISMAS MEDIANTE USO DE MANIQUIES Y DESFIBRILADOR AUTOMATICO

INDICADORES
SE LES SUMINISTRARA UN TEST PARA CONOCER SUS CONOCIMIENTOS PREVIOS A LA ACTIVIDAD Y OTRO POSTERIOR AL MISMO EVALUANDO LA GANANCIA DE CONOCIMIENTOS

DURACIÓN
LA ACTIVIDAD TEORICA SE DIRIGIRA A TODO EL GRUPO CON UNA DURACION DE 20 MINUTOS
POSTERIORMENTE Y EN GRUPOS DE 4 PERSONAS ROTARAN POR LAS DIFERENTES ESTACIONES CON MANIQUIES Y DESFIBRILADOR CON UNA DURACION DE 1 HORA
DURACION TOTAL:1H30MIN

OBSERVACIONES
LA ACTIVIDAD SE DESARROLLA CONTANDO CON LA APROBACION DE LA DIRECCION DEL COLEGIO Y DEL AMPA
EN LOS ESTUDIANTES DE 1º DE BACHILLER

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1672

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ISANTA POMAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORDELIS MARCO FERNANDO
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE
NAVARRO ZAPATA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Valoración de los indicadores de prescripción del E.A.P., en el cuadro de mandos de cartera de servicios. Abril 2017.

- Valoración de los indicadores individuales de prescripción, en el cuadro de mandos de cartera de servicios. Abril 2017.

- Se prioriza ante el buen resultado de los indicadores de pediatría, el uso de estatinas y la analgesia en paciente terminal. Abril 2017

- Se anima al equipo de pediatría en seguir trabajando en la misma línea y profundizar en la mejora de sus indicadores. Abril 2017.

- Plantear una sesión sobre condicionantes en la prescripción de estos fármacos y las posibilidades de actuación.Mayo

Se decide hacer 2 sesiones clínicas una dirigida al uso de estatinas y otra hacia la analgesia del paciente terminal, en mes de mayo y junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sesión de condicionantes de prescripción de estatinas y mórficos. Mayo 2017
Sesión clínica sobre uso de indicadores en mayo 2017.
Sesión clínica sobre analgesia en paciente terminal en junio de 2017.
Se plantea como objetivo la mejora en un 10% de los indicadores de uso de estatinas y 30 % en mórficos de acción rápida, usando para ello los resultados de evaluación de cartera de servicios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia del control de la prescripción realizada en atención especializada y en medicina privada de estatinas y de mórficos por unidades de soporte como en atención especializada
La importancia de perseverar en la educación para la salud en los pacientes frente a los mensajes recibidos en atención especializada y de medicina privada. Implicando para ello al personal de enfermería
La necesidad de continuar perseverando en la formación continuada en Atención primaria.

7. OBSERVACIONES.
Es importante contar con el apoyo del personal de enfermería en valorar los conocimientos sobre su enfermedad del paciente, así como el compromiso del personal médico de adecuar la prescripción priorizando las necesidades del paciente y los criterios de eficiencia en su tratamiento

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1672 ========== ***

Nº de registro: 1672

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MIRALBUENO

Autores:
ISANTA POMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1672

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
POBES LACRUZ MARIA JESUS
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En primer lugar se decide el grupo de trabajo
- Se priorizan los temas a desarrollar en las sesiones del centro de salud.
- Se considera la posibilidad de incluir estas actividades en el proyecto de calidad de lactancia materna.
- PLantear al E.A.P. que puntos desarrollar en el próximo año

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud:
- Sndr Pudendo - 18/04/2018
- Tendinitis calcificantes .- 17/09/2018
- Sndr del Piramidal - 26/09/2018.
- Protocolo de derivación primaria - especializada en tratamiento de fisioterapia

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud.
- Asociar estas actividades en el proyecto de mejora de lactancia materna. Siendo responsables la Matrona Mª Jesús Pobes Lacruz Y Cristina Rodriguez Escudero . Sesion clinica de 02/05/2018.

3.- Se decide implementar una serie de sesiones de escuerla de espalda prácticas desarrolladas por las fisioterapeutas del centro de salud y dirigidas a los profesionales del centro de salud a desarrollar antes de Juno de 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Han sido satisfactorias para el E.A.P., con alto grado de participación
Es eficaz asociarse con otros proyectos de calidad ya que ello aumenta la implicación de los profesionales
Se considera necesario seguir con el proyecto ante la solicitud de los miembros del E.A.P. de seguir con actividades de espalda saludable

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/631 ========== ***

Nº de registro: 0631

Título
ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

Autores:
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, POBES LACRUZ MARIA JESUS, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

PROBLEMA
La patología de espalda es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. No sólo en número de pacientes sino también en la frecuentación e intensidad de uso.
Así mismo es uno de los motivos mas frecuentes de baja laboral.
Se ha dotado al centro de salud de una Fisioterapeuta, esta circunstancia hace que podamos enfrentar este problema como una oportunidad de mejora en la asistencia de los pacientes y en usar este recurso de la manera mas efectiva posible

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar a los profesionales de medicina y enfermería de la formación adecuada para poder atender a los pacientes con mayor calidad, implementando medidas de educación para la salud en la patología dolorosa de columna, en la consulta diaria

MÉTODO
- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud

3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente

4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria

5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación

6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda

INDICADORES
Calendario de sesiones teórico practicas del E.A.P.hasta 2019 --- mas de tres sesiones

DURACIÓN
- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud---------- enero 2018

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud ----------febrero 2018

3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente ----------febrero 2018

4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria ---------- marzo 2018 a febrero de 2019

5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación -------- Junio 2018

6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda ----de Octubre 2018 a junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GRIMA MOLINER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHABAR BOUDET ALICIA YUMEN
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL
MATEO OLMO RAQUEL
LOPEZ HERVAS CRISTINA
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Establecer grupo de profesionales que vayan a hacer ecografías:
Lo forman:
- Dra. Lombar
- Dra. Chabbart
- Dr. Montiu
-Dr. Grima
Integramos en el grupo a los médicos internos residentes.

2.- Todos han recibido el curso de formación de ecografía realizado por el Sector.
3.- Establecer la secuencia y orden de procesos

- 1. Conocimiento del ecógrafo, sesiones conjuntas de los profesionales, iniciándonos en el conocimiento y uso de la botonería del aparato.
Se habil ita un espacio de tiempo en nuestra agenda, decidiendo que será los miércoles a primera hora. Se desarrollará de manera conjunta por todos los médicos del proyecto. Teniendo en cuenta que esto no exime de la actividad asistencial
El tiempo habilitado para ello será de dos meses
- 2.- Realizaremos las primeras ecografías, usándonos a nosotros mismos de modelos o a estudiantes o residentes.
No se establece un tiempo especifico para esto ya que depende de multiples factores algunos de ellos individuales que hacen dificl valorar este periodo
- 3.- Establecer una agenda de ecografías.
Las primeras ecografías indicadas a los pacientes las realizaremos conjuntamente .Se dedicarán 1,5 h horas semanales, los miércoles, en horario de 8,30 a 10 horas.
4.- Posteriormente se desarrollará una agenda definitiva.
Objetivos de la agenda:
- Optimizar los tiempos de asistencia
- Evitar colisiones entre las agendas de los Profesionales
- Estandarizar el proceso de citación:
5.- Estandarizar el proceso de citación:
- Realizar la citación desde las órdenes clínicas de la historia clínica electrónica.
- Citar en la agenda de ecografía, denominada Pool ecografías A.P.
- Establecer sistema de citaciones desde admisión. Indicándoles a los pacientes las condiciones en las que tiene que venir, recordándoles la toma de medicación si esta está indicada en la citación y la hora de realización de la ecografía.
- Gravar la ecografía en la H.C.E. Cuando esto sea posible

- Informar la ecografía, en la historia clínica OMI, en el espacio de la petición de la ecografía y así mismo se informará si el profesional lo considera en la H.C.E.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este momento se han alcanzado todos los objetivos, excepto el poder gravar la ecografia y el informe en la historia clinica electronica, ya que esta posibilidad no depende de nosotros sino de informática que pese anuestras solicitudes no ha conectado el ecografo con el servidore del clinico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La buena respuesta de los profesionales de atención primaria en participar en el aumento de capacidad resolutiva de las demandas de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/635 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

***

Nº de registro: 0635

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS, CHABART BOUDET ALICIA YUMEN, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, MATEO OLMOS RAQUEL, LOPEZ HERVAS CRISTINA, LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
En febrero de 2018 se dotó al E.A.P. De un ecógrafo.
Esto implica una nueva actividad asistencial en el centro de salud. Esto hace necesario, en un primer momento promocionar y estimular a los profesionales para desarrollar un proceso asistencial nuevo e implementar esta actividad en el centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Incluir la ecografia dentro de los procedimientos diagnósticos del centro de salud, con una calidad suficientemente alta, para desarrollarla con unas garantías adecuadas a toda la población

MÉTODO
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso

2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia

3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud

4.- Valorar horarios de realización de ecografias

5.- Establecer una agenda para citaciones de ecografías

6.- Valorar entre los profesionales la cauistica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda

INDICADORES
Establecer agenda de citaciones, para ecografia si/ no

Establecer agenda de días ecografias de formación si/ NO

DURACIÓN
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso
----- enero y febrero 2018

2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia
----- febrero 2018

3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud
--- de marzo a noviembre de 2018

4.- Valorar horarios de realización de ecografias
----- de marzo a junio 2018

5.- Establecer una agenda para citaciones de ecografías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

--------de marzo a noviembre 2018

6.- Valorar entre los profesionales la cauistica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías
-------- nov 2018

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación
------- abril 2018

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda
------- 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 - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN NAVARRO ZAPATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA
FERRER MUÑOZ PILAR
GARCIA ENTRENA MERCEDES
LOPEZ HERVAS CRISTINA
HERAS GIRONELLA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elección de un grupo de trabajo:
-MARTINEZ ESPLIGARES LAURA.
· FERRER MUÑOZ PÎLAR.
· GARCIA ENTRENA MERCEDES.
· LOPEZ HERVAS CRISTINA.
· HERAS GIRONELLA MERCEDES

Posteriormente se unieron médicoas residentes, que no estan incluidos en el grupo de trabajo

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud

Se realizó una sesion clinica informando del Proyecto de salud. Con fecha 21 /02/2018
Posteriormente se desarrolló en el centro de salud la misma sesión práctica que se desarrolaría en los colegios. Con fecha 21/03/2018

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad.
Se contacto con los colegios y las AMPAs, que organizaron la actividad en sus respectivos colegios

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios ..
En el mes de mayo se desarrolló la actividad en 2 colegios, en horario de mañana . lo que dificultó la actividad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos palnteados en este proyecto, eran establecer un grupo de trabajo, plantaera una sesion informativa ene l centro y motivacional desarrollando la actividad para los profesionales y desarrollar la actividad en el colegio
Los ptres indicadores se cumpñlieron de manera que consideramos el proyecto cumplido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia
de estándares de salud.
Consideramos recomendable continuar esta actividad incluyendo las modificaciones que se vayan planteando

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/636 ========== ***

Nº de registro: 0636

Título
PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Autores:
NAVARRO ZAPATA CARMEN, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, FERRER MUÑOZ PILAR, GARCIA ENTRENA MERCEDES, LOPEZ HERVAS CRISTINA, HERAS GIRONELLA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

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

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

PROBLEMA
La patologia cardiovascular actualmente continúia siendo una de las mayores causas de mortalidad y de patologia crónica.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia de estándares de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar en ambiente escolar un actividad educativa dirigida a saber interpretar las etiquetas de los productos alimentarios que se encuentran en el comercio

MÉTODO
1. Elección de un grupo de trabajo

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud

3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto

4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .

INDICADORES
Establecer grupo de trabajo
Si/no
I
Sesión clínica en C.S. a los profesionales
SI/NO

Actividad comunitaria
Si/NO

DURACIÓN
1. Elección de un grupo de trabajo---------- febreo 2018

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud -- febreo - marzo 2018

3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto ------ marzo 2018

4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios
----------abril 2018

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad ------ abril 2018

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .------ mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA LARRODE CRISTINA
LOPEZ HERVAS CRISTINA
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL
SANCHEZ GARCIA ALICIA
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-1. Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
abril 2018 ----Maria José Lombar
-2. Diseñar el proyecto y Check list
Mayo a junio 2018 ---- Cristina SArasa Larrodé
----- José Gabriel Sebastian Belanche
-3. Establecer indicadores
mayo a junio 2018 -- Cristina Sarasa Larrode
-- Mª José Lombar Gimeno

-4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales
junio 2018 ---- Sesion clinica Cristina Lopez Hervas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
indicadores:

- Diseñar check list de asitencia: Se diseñó un Check list de asistencia al dolor torácico
- Tiempo entre solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos
Se detectaron 8 dolores torácicos, de los cuales 6 entraron en el protocolo de actuación y 2 no fueron incluidos.
En ninguno de los casos atendidos el tiempo de espera hasta realizar el ECG fue superior a los 10 minutos
El motivo de no inclusir a estos 2 dolores torácicos, se considero que fue el hecho de ser atendidso por profesionales sustitutos que no conocían la existencia del circuito asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los profesionales del centro de salud.
Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos queno solo es preciso establecer un protocolo de actuación sino que este sea conocido por todos los profesionales y que haya un responsable de recordarlo al personal no habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/648 ========== ***

Nº de registro: 0648

Título
ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, LOPEZ HERVAS CRISTINA, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL, SANCHEZ GARCIA ALICIA, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los profesionales del centro de salud.
Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos que es preciso establecer un protocolo de actuación.
La cardiopatía isquémica es una de las mayores causas de mortalidad en nuestro medio, por lo que hemos priorizado en primer lugar el dolor torácico con la intención de mejorar la calidad asistencial de dicha patolo

RESULTADOS ESPERADOS
- Motivar al personal del centro de salud en la atención de la patología urgente
Establecer procesos de actuación óptimos en la valoración precoz de esta patología.
Establecer indicadores fácilmente medibles y que nos permitan evaluar el proceso asistencial

MÉTODO
1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería

2.- Diseñar el proyecto

3.- Establecer indicadores

4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

5.- Determinar los procesos asistenciales

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

7.- Evaluar los resultado obtenidos

INDICADORES
Valorar tiempo de actuación --

De solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos

Diseñar check list de asitencia
Si/No

DURACIÓN
1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
- abril y mayo 2018 ----Maria José Lombar

2.- Diseñar el proyecto

- Mayo a junio 2018----Sara Laínez Martínez
José Gabriel Sebastian Belanche

3.- Establecer indicadores

- mayo a junio 2018 -- Michelle Soler pérez
-Sara Laínez Martínez

4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

-- junio a agosto 2018 ----Maria José Lombar Gimeno
Miguel Ángel Labara SanJuan

5.- Determinar los procesos asistenciales

-- agosto a octubre 2018 --Cristina López Hervás
José Gabriel Sebastian Belanche

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

- Octubre 2018 -- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

7.- Evaluar los resultado obtenidos

- abril 2019--- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0653

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS POBES LACRUZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAQUERO CALLEJA NATALIA
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
14/2/18. Sesión al equipo de salud sobre MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Natalia Vaquero. Presentación.
2/5/2018. Sesión al equipo de salud sobre el INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Maria Jesus Pobes.
30/5/2018. Sesión al equipo de salud sobre IMPORTANCIA DE LA POSICIÓN DEL NIÑO AL MAMAR. Ponente: Maria Jesus Pobes.
29/6/2018. Sesión al equipo de salud sobre PATOLOGIA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Jose Antonio Montiu.
24/10/18. Sesión al equipo de salud sobreTRATAMIENTO DE MASTITIS. Ponente: Maria Jesus Pobes.
28/11/2018. Sesión al equipo de salud sobre BANCOS DE LECHE MATERNA. Ponente: Mercedes Garcia y Ana Barea.
16/1/2019. Sesión al equipo de salud sobre HIGIENE POSTURAL DURANTE LA LACTANCIA MATERNA Y PORTEO. Ponente: Cristina Rodriguez.
Todas las sesiones han sido con presentación, vídeos y material de educación maternal (pezoneras, muñecos...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado 7 sesiones al equipo y el standard marcado era de 6 sesiones anuales.
Encuestas de valoración a los asistentes de las sesiones. Gran interés y valoración de todos los componentes del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora positivamente el aprendizaje sobre los temas de lactancia incluidos en las sesiones. Quedan pendientes varios temas por tratar: lactancia en situaciones difíciles, en embarazos múltiples, con determinadas patologias...

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/653 ========== ***

Nº de registro: 0653

Título
AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUDMIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
POBES LACRUZ MARIA JESUS, VAQUERO CALLEJA NATALIA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0653

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

PROBLEMA
La incertidumbre y falta de conocimientos e información respecto a la lactancia materna en embarazadas y madres que dan el pecho, lo cual genera ansiedad y frustación.

Dada la importancia de la lactancia materna como herramienta de salud pública, es importante que todos los profesionales del centro de salud estén bien formados en todo lo relativo a la lactancia materna (inicio, duración, falsos mitos, promoción, compatibilidad con medicamentos, etc...)

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a todos los trabajadores del centro de salud en habilidades y conocimientos para que puedan fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y complementaria hasta los dos años o mas. Continuar en la formación sobre lactancia materna.

Población diana: todos los trabajadores del centro de salud.

MÉTODO
Continuación con el grupo de trabajo multidisciplinar en apoyo y promoción de la lactancia materna.

Reuniones del grupo de trabajo: al menos 6 al año.

Talleres de formación y capacitación en lactancia materna para los diferentes estamentos de trabajadores del centro de salud. Ofertar al menos 6 sesiones formativas al equipo.

INDICADORES
Encuesta antes y despues de cada taller para valorar los conocimientos y destrezas adquiridas en los mismos.

Actas de todas las reuniones y de los talleres formativos.

DURACIÓN
Duración : De abril 2018, hasta abril 2019.

Anualmente: valorar la continuación del grupo de trabajo.

Responsable de implantación: Maria Jesus Pobes Lacruz, matrona del centro de salud.

Talleres formativos por estamentos (personal admisión, auxiliar y celador, enfermeria y médicos):

1.- En abril, mayo y junio 2018--SI/NO.

2. En octubre, noviembre 2018 y febrero, marzo 2019--SI/NO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA YUMEN CHABBAR BOUDET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL
LOPEZ HERVAS CRISTINA
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Detección del punto de partida. Se partió de los resultados de Pacto de gestión de enero de 2017

2.- Establecimiento de objetivos,
Nª de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nºde paciente crónico---- de -66,83% a --68%
RCV en fumadores:
Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años de -- 53,16% a -- 56,00%

3.-Elaboración del plan de mejora de mejora e informativa del proyecto de calidad. Se desarrolla el27/06/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Indicador de riesgo cardiovascular, en paciente cronico mejoró 3,59 % con respecto al año anterior. El proyecto se presentó en junio y la evaluacion del mismo es en Enero por lo que sería conveniente revalorarlo en junio
LA valoración del riesgo cardiovascular en fumador no ha sido posible ya que la explotación de datos informáticos esta fuera de nuestras posibilidades, al carecer del programa PROSA, de explotacion de daros de OMI ya que depende de informatica del sector, pero seguiremos insistiendo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la mejora por parte de los profesionales del centro de la
detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/676 ========== ***

Nº de registro: 0676

Título
DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

Autores:
CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN, LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL, LOPEZ HERVAS CRISTINA, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares sanitaria y en especial la la cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

cerebrovascular, constituyen la primera causa de
muerte a nivel de la población española, tienen una elevada incidencia
, son fuente importante de discapacidad y poseen gran repercusión
en los costes de la asistencia

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto se basa en la mejora por parte de los profesionales del centro de la detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso.

MÉTODO
1.- Detección del punto de partida

2.- Establecimiento de objetivos

3.-Elaboración del plan de mejora
de mejora
4.- Sesión clínica informativa del plan

5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV

6.-Seguimiento según RCV del paciente

INDICADORES
RCV en pacientes cronicos:

Nª de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nºde paciente crónico---- de -66,83% a --68%

RCV en fumadores:

Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años
de -- 53,16% a -- 56,00%

DURACIÓN
1.- Detección del punto de partida.
-- DE FEBRERO A MAYO 2018 --1. Dra. Chabbar

2.- Establecimiento de objetivos
-- DE MAYO A JUNIO 2018 -- Dra. Chabbar

3.-Elaboración del plan de mejora
de mejora

-- DE JUNIO A SEP DE 2018 -- 4. Gabriel Sebastian

4.- Sesión clínica informativa del plan.

- SEP 2018 - MIGUEL ÁNGEL LABARA

5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV

- DE OCT DEL 2018 A OCT DEL 2019 -- Dra. Chabbar

6.- VAloracion del proyecto

-- DIC 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GIL UÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACIN LACASA MARTA
LOPEZ HERVAS CRISTINA
VENTURA LABORDA BEATRIZ
ORTEGA LARRODE CRISTINA
ALVAREZ MODREGO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud. El grupo de trabajo lo formaron los responsables del proyecto

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se inventarió el material que en ese momento habia y se incrementó con el que se consideró importante incluir, que se cerró en mayo de 2018
- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje, y revisar balas de oxígeno con periodicidad mensualconseguido en mayo 2018
- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.en mayo de 2018
- Sesión informativa a todo el personal de centro. Se desarrolló el 6/03/2018 - -Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses. Se desarrollará en marzo de 2019
- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso. Se planteó para marzo 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.
Siendo unas de las actividades preferentes y que tienen que tener un responsable designado
Establecer la valoracion de las caducidades de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual. junio 2018

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/683 ========== ***

Nº de registro: 0683

Título
SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

Autores:
GIL UÑEZ CARMEN, ACIN LACASA MARTA, LOPEZ HERVAS CRISTINA, VENTURA LABORDA BEATRIZ, ORTEGA LARRODE CRISTINA, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a los profesionales sanitarios para establecer los mecanismos oportunos para conseguir un adecuado mantenimiento y reposición de los recursos necesarios para la atención sanitaria de urgencia y emergencia tanto en el centro de salud como en los avisos a domicilio.

MÉTODO
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

INDICADORES
Nº de revisiones realizadas/Nº de revisiones propuestas : 12/año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO

Existencia de un sistema de recogida de incidencias en el correcto funcionamiento: si/ NO

DURACIÓN
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.
marzo 2018 ----------Cristina López

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico.
Revisión anual del inventario.

De marzo amayo 2018 ----------Cristina Ortega
Cristina López

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

mayo 2018 ----------Marta Acín
Beatriz Ventura

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

De marzo a mayo 2018----------Marta Acín
Beatriz Ventura

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

junio 2018 ---------- Margarita Floria

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

junio 2018 ----------Beatriz Ventura

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

junio 2018 ----------Beatriz Ventura

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

junio 2018 ----------Marta Acín

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

marzo 201 9 ----------Cristina Ortega
Cristina López

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

marzo 2019 ----------Cristina Ortega
Cristina López

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ACIN LACASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR
GIL UÑEZ CARMEN
LOPEZ HERVAS CRISTINA
ORTEGA LARRODE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales
2.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro
3-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función
4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas
5- Evaluación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- sesion clínica proyecto de calidad carro de paradas
06/03/2018 . Cristina lopez
2.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro
mayo 2018 ---------- Carmen Gil uñez
---------- Cristina López Hervás
----------Cristina Ortega Larrode
2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.
mayo 2018 ----------Marta Acin Lacasa
---------- Carmen Gil Uñez
4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas
junio ---Natalia Fidalgo Pinillla
Este era un criterio de evaluacion ISO, siendo evaluado sin presentar ninguna incidencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/695 ========== ***

Nº de registro: 0695

Título
CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
ACIN LACASA MARTA, PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, GIL UÑEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

PROBLEMA
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar una atención adecuada a un paciente en situación de urgencia vital.
- Asegurar un correcto equipamiento del carro de paradas
- Adecuar el carro de paradas para las necesidades del centro de salud.
- Establecer criterios para el correcto mantenimiento y uso adecuado del mismo.
- Adecuar las necesidades con la formación y reciclaje del personal sanitario.
- Concienciar al personal sanitario de la necesidad de un correcto uso y mantenimiento del carro de paradas
- Organizar una supervisión periódica del carro de paradas.

MÉTODO
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

5- Evaluación del proyecto

INDICADORES
Realizar check list --- SI/NO

Revisión de checklist 1 CADA MES --- 12 VECES AÑO

DURACIÓN
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

---------- de marzo a abril 2018 ---Carmen Gil Uñez
Sara Laínez Martínez

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

---------- abril a mayo 2018 ----------Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

---------- mayo a junio 2018 ----------Michelle Soler Perez
Cristina López Hervás

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

---------- de junio a noviembre 2018 ---Natalia Fidalgo Pinillla
Carmen Gil Uñez

5- Evaluación del proyecto

---------- enero a febrero 2018 ---------Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0732

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PILAR FIDALGO PINILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAVERO PEREZ INMACULADA
MORATO GARCIA ANA
VENTURA LABORDA BEATRIZ
ORIA FLORIA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro
de salud
Se desarrollaron las siguienbtes sesiones:
- Actualizaciones en Diabetes. sesión Clinica - 16/05/2018
- Definicion del proyecto de calidad sobre el pie diabético. Sesión Clinica - 13/06/2018
- Pié diabetico: Protocolo de asistencia y proceso de atención. Sesión Clinica- 03/10/2018

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético
- Pié diabético: registro en OMI-AP. Sesión Clinica 04/10/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se plantearon dos sesiones este año para cumplirlo y se han dado 4 sesiones.
Se planteó conseguir una mejora en el indicador de 10 puntos y se han conseguido 7, si bien el proyecto se planteó en junio y la mejora obtenida ha sido en 6 meses. Será necesario replantear el ojetivo al cumplir el año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la baja implementación de este servico era necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto majorar la asistencia al pacietne crónico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/732 ========== ***

Nº de registro: 0732

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

Autores:
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, CAVERO PEREZ INMACULADA, MORATO GARCIA ANA, VENTURA LABORDA BEATRIZ, ORIA FLORIA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0732

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

El Control de la patologia crónica es una actividad compartida entre medicina y enfermería.
La diabetes es una enfermedad con elevada prevalencia en la población y sobre todo en poblacion anciana
El control del diabético y fundamentalmente el pie diabético es implementado en la mayoría de las ocasiones por enfermería.
Los resultados de la evaluación de cartera de servicos del E.A.P., han sido deficitarios en los últimos años. Esto hace que sea necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto majorar la asistencia al pacietne crónico

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar la asistencia a los pacientes diabéticos
2.- Aumentar la motivación de los profesionales en la Implementación del servicio del pie diabético
3.- Aumentar la calidad en el registro OMI del paciente diabético.
4.- Prevenir las ulceras en extremidades inferiores en estos pacientes.

MÉTODO
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies

INDICADORES
Calendario de sesiones clínicas teórico practicas sobre el pie diabético

----------3 sesiones clinicas / año

Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diábetico

----------Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diábetico Indicador individual de cumplimiento del servicio superior al 10

DURACIÓN
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

---- de enero a marzo de 2018 ---Margarita oria Floria

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

------ de marzo a Octubre 2018 ---I nmaculada Cavero Perez
Natalia Fidalgo Pinilla

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético

------ septiembre 2018 -------- Ana Morato Garcia

Pilar Rodriguez Maza

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies.

--------mayo2018 a febrero de 2019 ---Beatriz Ventura Laborda
Inmaculada cavero Perez

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MONTIU PEMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISANTA POMAR CARLOS
ORTEGA LARRODE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo 5/5/2018
- Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018
- Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP
Sesiónes sobre tema de antibióticos en el EAP

18/02/2018
“Antibioterapia, dosis y cuando?”
Carlos Isanta.
90 % de asistencia

5/5/2018
“ IRASPROA. Macrólidos uso en Atención Primaria”
Carlos Isanta y José A Montiu.
88% de asistencia.

30/01/2019
“ IRASPROA AP Principios generales y reunión de Equipo para la adhesión a los objetivos AP”
José A Montiu
95%de asistencia.

Exposición de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
30/01/2019
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
30/01/2019
Hemos realizado 3 reuniones sobre el buen uso de antibióticos en Ap con un elevado porcentaje de participación de personal de enfermería, medicina general y pediatría..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Inicialmente se aprecia una buena colaboración del personal del Centro de salud y se ha propuesto el inicio de una nueva linea de mejora relacionada con la prescripción adecuada de antibióticos en Atención Primaria.
Se creará un grupo de trabajo sobre este tema como proyecto de Calidad que incluirá reuniones periódicas y actividades formativas y medición de objetivos propuestos en uno y dos años.
Procederemos a la implicación de los Residentes de nuestro Centro en la correcta utilización de los antibióticos facilitando la explotación de los datos obtenidos para crear diferentes objetivos de Investigación en AP:
Trataremos de mantener la concienciación y colaboración en la política de prescripción de antibióticos a través de reuniones y sesiones formativas frecuentes(al menos trimestrales) y la comunicación de los resultados parciales de manera frecuente para implementar la motivación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1325 ========== ***

Nº de registro: 1325

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
ISANTA POMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
-Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
-Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
-Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
-Dar a conocer los principios generales PROA.
-Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
-Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

INDICADORES
-Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
-Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
-Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
-Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
-Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

DURACIÓN
Mayo. Designar un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo.
Mayo- Junio. Difusión de los principios generales PROA en atención primaria.
Junio- Septiembre 2018. Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.
Junio-Diciembre . Sesiones realizadas sobre 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 - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLIVEROS BRIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAROD BENEDICO ETHEL
CEBOLLA GARCIA MARIA DOLORES
GASCON BRUMOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
LOPEZ GRANADA MANUEL
MARTINEZ BURGOS BEATRIZ
MIRANDA ANAYA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones Consejo de salud realizada el 15 de junio y 13 de diciembre 2017 de 15,30-17,30h.
en lasque se abre a todos los agentes del barrio y se explica la estrategia atención comunitaria y la repercusión en el consejo de salud, se anima a hacer alegaciones ; el ir construyendo consejo entre tod@s; el estado del proyecto de promoción de la salud de adicciones; la inclusión del proyecto recursos para tu salud y la creación de la red de salud en el PIBO. no olvidar la necesidad de intersectorialidad y contar con el centro de salud y consejo de salud en la planificación . Recordar la necesidad de orientarlo según la estrategia de atención primaria que se está trabajando. Se ha realizado un mapeo de activos ayuntamiento y asociación de vecinos. Explicar las jornadas del parque en las que ha participado el proyecto del centro paseos y salud contando la experiencia de los paseantes y técnicos (atades, coordinadora del parque, proyecto de animación deportiva y centro de salud) que llevan esta actividad realizada en el parque; pares sueltos presenta su programa de danza inclusiva. También el ir construyendo y aprendiendo juntos el consejo de salud para que sea efectivo. Las jornadas de salud en el centro de mayores. La necesidad de crear un grupo activo promotor dentro del mismo consejo. El planificar reunirnos tres veces al año en 2018.
Se envía este año información a todos los miembros del consejo de la estrategia de atención comunitaria así como enlace para realizar alegaciones al mismo.
Se envía información diversa (reglamento de funcionamiento, ordenes y material de la caja de herramientas de salud informa) para leer e ir trabajando el consejo.
asistentes este año al consejo: asociación de vecinos Oliver, sindicato u.g.t., servicios sociales, colegio Fernando el Católico, colegio Ramiro Soláns, veterinario de salud pública y farmacéutica de zona, Zaragoza vivienda, centro de mayores, CMAPA- (centro municipal de atención y prevención de adicciones)asociación pares sueltos, cáritas, coordinadora del parque Oliver, fundación adunare, cooperativa "la bezindalla", técnico del plan integral del barrio Oliver, zaragoza vivienda, centro de salud.
Reuniones Mesa de agentes mensuales el 24 de enero, el 28defebrero, 28 de marzo,25 de abril,30 de mayo,12 de septiembre, 31 de octubre, 28 de noviembre de 10 a 14h.en las que se ha trabajado programa de promoción de la salud de adicciones los objetivos y hace poco a comenzar a diseñar actividades y en el que el centro de salud ha aportado ser un escaparate del barrio con frases e imágenes positivas en las paredes con diálogos abiertos para interaccionar con los usuarios del centro, invitación a seguir pautas de cuidado del cuerpo, la mente, lo social además de aprovechar el test de hábitos tóxicos de omi para hacer educación individual en consulta y detectar consumos de riesgo para derivarlos a recursos oacciones que se planteen en el proyecto. Fomento de alternativas al alcohol y tabaco como hacer ejercicio, recursos como paseos, el uso de la biblioteca
En estas reuniones se exponen lo que van trabajando los diferentes recursos con el plan integral del barrio Oliver de forma coordinada. hay una web en la que se puede colgar información, noticias, etc para todo el barrio, se plantea trabajar la convivencia en el barrio y como abordarla. se reunen: asociación de vecinos, centro comunitario, zaragoza vivienda, cáritas, centro de mayores, colegio Ramiro solans, colegio Fernando el católico, servicios sociales ayuntamiento, mesa de infancia, asociación dDialoga, fundación Down, Centro de tiempo libre, centro de prevención de adicciones, cooperativa "La Bezindalla"
Taller de técnicas de relajación y autocontrol semanales de una hora de duración los martes a las 14h. en el primer semestre y en octubre, noviembre. A través del yoga con una profesional del centro de salud experta que trabaja toma de consciencia con el cuerpo, centrar la atención y favorecer relaciones en las sesiones de forma tranquila en grupo con una especializada en el tema. Han participado 18 personas en diferentes momentos y con un grupo estable de 10.
Grupos de educación para la salud
Taller de mindfulness a un grupo de mujeres que toman ansiolíticos.se hicieron 5 sesiones, una semanal de 9 a 10,30h.con participación activa e intercambio de experiencias en agosto-septiembre
con una profesional del centro de salud experta en el tema y una observadora.se dieron carpetas con documentación (practicas, autoregistros y teoría sobre mindfulness : beneficios y aplicación para la salud) participa residente de medicina de familia.
Taller de maternaje, preparación al parto y lactancia materna una profesional del centro de salud enseñando diferentes etapas, síntomas y recursos para llegar a un parto e inicio de lactancia materna eficaz. Comienza la semana 28del embarazo y son 8 sesiones en total aunque suelen acudir hasta el parto.
Se realiza los jueves de 10 a 12h.todo el año salvo vacaciones.
Taller de eps "visita virtual al centro de salud y doctor guau "con un Mapeo de activos alumnos de 3º infantil y 1º primaria en el colegio Ramiro Solans y alumnos de 3º infantil en el colegio Fernando el Católico acompañados de los profesores el 3 de marzo y el 25 de mayo
se pasa un video presentando al personal del centro y las actividades que se hacen, hablando de hábitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

positivos trabajando de forma interactiva para disminuir ansiedad y empoderar.nos apoyamos en el juego entre todos con material que llevamos (guantes, fonendoscopio, mascarillas, otoscopio, depresores)
y otro video del doctor guau para formar en buena utilización de los recursos sanitarios y la importancia de cuidarse.
en el mapeo de recursos con la palabra salud en un mural (que se queda expuesto en el centro educativo).nos sentamos y con rotuladores y apoyo de imágenes que sugieren activos vamos animando, pintando y escribiendo con lluvia de ideas todo lo que se les ocurre.se ha hecho un video de la actividad y fotos. participan centro de salud, profesores y alumnas de enfermería

sesiones de equipo para presentación de la estrategia de atención comunitaria, agenda y proyecto de gestión8 de junio a las14h., 2,3,4 de agosto a la totalidad del equipo.
El desarrollo del proyecto de mejora y del proyecto de la rapps recursos para tu salud el 7 de noviembrealas14h.
Sesión de introducción al mindfulness el 28 de noviembre a las14h
comunicación con el equipo fluida a través del correo de omi y electrónico del salud para anunciar actividades, pedir colaboración u opinión, transmitir resultados. aconsejar recursos del barrio como herramienta de prescripción social.
sesiones a alumn@s de 2ºy 4º de enfermería de prácticas explicando el proyecto y conceptos de salutogénesis y activos.
Reuniones del grupo de salud comunitaria: 4 de abril,19, 27 de abril,18 de agosto,23, 27de octubre de 8a9h.para plantear dinámica, conceptos de salutogénesis y activos, trabajar proyecto-contrato de gestión y otras actividades o demandas que van surgiendo.
Formación: sesión formativa de referentes en c.s.seminario de la estrategia de atención comunitaria-4 de mayo.
Taller de formación ¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria el 12 de junio
Taller de metodología en educación para la salud y educación para la salud grupal 17 y 18 de octubre
Taller cómo evaluar actividades comunitarias 21 de noviembre
Participación en las Jornadas de la RAPPS el 16 de noviembre presentando el proyecto en forma de poster
Jornadas de enfermería comunitaria en Teruel 21 y 22 de septiembre Reuniones intersectoriales: Pibo (plan integral del barrio Oliver)-red de salud y proyecto recursos para tu salud presentación 10 de mayo por la junta de distrito de 18h-20h
Reunión grupo de trabajo Pibo 5 de julio. trabajamos el 5de julio de 18h-20h,en la junta de distrito. trabajamos en el grupo 1.derechos sociales-temas socioeducativos con el tema actuaciones de formación empleo inclusión en barrio Oliver y el 27 de septiembre de 16,20-18h.en la junta de distrito en el grupo 3 Administración y ciudadanía. Actuaciones de mejora de la intervención de las administraciones públicas y en la gestión conjunta de servicios a través de actuaciones compartidas.
donde se va a trabajar también creación de red de salud y proyecto recursos para tu salud,acuden diferentes colectivos y agentes que actúan en el barrio y ayuntamiento.
Otras actividades Se ha participado en actividades que han ido surgiendo como colaboración con la asociación amediar dentro del curso que han realizado de octubre a diciembre(con vecinos y vecinas de Oliver) de "formación en mediación y sensibilización comunitaria" dentro del plan integral de Oliver
actividad medioambiental sobre como tomar consciencia del ruido de manera lúdica con juegos a la puerta del centro de salud con la participación de todo el que entra o sale el 10 de noviembre acompañando y apoyando a los alumnos de mediación.
Y el 13 de diciembre también con Amediar se realizó una actividad en relación al objetivo de salud comunitaria para la intervención en el barrio.
de mapeo de activos individuales,familiares y comunitarios en el barrio para ayudarles a descubrir activos en salud y empoderarles dentro del curso de mediadores y posibilita aumentar sus conocimientos y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los factores que influyen en la calidad de vida a la vez que mejora la cohesión social de la comunidad.
Cuando sean mediadores podrán identificar con los vecinos estos u otros potenciales generadores de salud, cambiar a pensar en positivo y generar posibles cambios. a través de una cartulina con un mapa vacio con el perímetro del barrio,rotuladores, posits, pinturas y apoyándonos en dos preguntas ¿qué lugares en el barrio tienen un significado especial para ti?¿qué cosas hay en el barrio que te ayudan a tener mejor salud? y a nivel individual ¿qué te gusta más de ti mismo ?,¿qué es lo que se te da bien?, ¿qué haces para estar mejor?
Actividad de lectura con la biblioteca del barrio Oliver. Con la biblioteca del barrio en la que se ha hecho una actividad de recomendación de libros por tu matrona y recomendación de libros por tu pediatra. Con la finalidad de visibilizar a la biblioteca del barrio y fomentar la lectura y el intercambio para mejorar activos hacia conductas saludables además de seguir la línea de crear red en "Oliver un barrio que lee".Han creado unos carteles las bibliotecarias con los títulos que se han aportado por el centro de salud y que tienen en la biblioteca, animando al uso de la biblioteca y al intercambio y recomendación de libros a otros vecinos .los carteles se han puesto en la biblioteca y el centro de salud.Se ha difundido entre los compañeros por correo electrónico y correo omi y animado a prescribirlos en la consulta.También hemos hecho sesión con la bibliotecaria para explicar lo que son activos en salud y pasado documentación.
Participación en el proyecto cuéntame Oliver a través de una encuesta para visibilizar los logros alcanzados en el barrio y foto de profesionales del centro como recurso del barrio
con dos sesiones que impartieron al equipo-participación del 80% del equipo del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos dado continuidad al proyecto de promoción de la salud, seguimos trabajando y surgiendo propuestas y actividades nuevas como la de amediar o la colaboración con la biblioteca o el proyecto "cuentame oliver" hemos conseguido aumentar la participación comunitaria intersectorial mejorando la comunicación y el lenguaje común, además del reconocimiento del proyecto al incluirlo en el plan integral de Oliver por conversaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

observación-también incluye el consejo de salud.
hemos consolidado la comisión de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo aunque también se van varios componentes y otra vez habrá que reconstituir.
Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones. Hemos acudido a las 8 reuniones convocadas .
convocado el consejo de salud e introducido iniciar la estrategia de atención comunitaria y trabajar con metodología el consejo de salud, creado buen ambiente en el consejo. Acudiendo 22 personas diferentes y 19 en cada convocatoria. herramientas utilizadas: observación y conversaciones. Se hace acta de cada reunión, comunicación por correo electrónico,se han cumplido objetivos realizando las dos reuniones previstas.
En el taller de mindfulness participaron 8 personas y se ha observado que han disminuido el consumo de ansiolíticos en tres y empoderamiento en el total del grupo de mindfulness .técnica empleada: observación(había una persona como observadora),entrevistas y revisión del consumo de medicación mirado en receta electrónica del paciente.
Taller de eps "visita virtual al centro de salud y doctor guau "con un Mapeo de activos
han participado 30 niños entre los dos colegios, profesoras, una voluntaria de prácticas. Se ha observado que toman conciencia de cuáles son los hábitos saludables y algunos recursos que tienen en los coles a través de entrevistas y trabajo en el aula con los profesores a lo largo del curso.
grupo maternaje, preparación al parto y lactancia materna: el 90%de las mujeres que han sido madres expresan que les ha ayudado a cuidarse en el embarazo, afrontar más eficazmente el parto e inicio de lactancia de forma eficaz .técnica: a través de la entrevista con matrona en la primera visita postparto .
han acudido 200 personas.
grupo de relajación y control de estréss: l@s compañeros del centro que manifiestan que les ayuda y han fortalecido las relaciones entre ellos. técnica: entrevista y observación.
Han participado 18 personas en total y un grupo estable de 10 en cada sesión.
actividades con amediar :la actividad sobre el ruido a las puertas del centro de salud participaron 50 personas y la gente le sirvió para plantearse que el ruido puede ser un problema de salud y el tomar conciencia individual de necesidad de respeto y convivencia en el barrio.la técnica es por observación y entrevista.
el mapeo de activos individuales, familiares y comunitarios participaron las 8 personas en formación como mediadores y sirvió para tomar conciencia de que recursos tenemos cada persona para potenciar la salud, además de los de la familia y comunidad.técnica:1 persona observadora, y un mapa de activos que describe el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que se han cumplido objetivos al haber realizado todas las actividades propuestas y más que han ido surgiendo. Es una continuidad del proyecto iniciado en el 2013. También hemos mejorado la intersectorialidad y unirlo a la estrategia de atención comunitaria. No sabemos trabajar con metodología correcta. Tenemos que mejorar el diseño de todo el proceso,objetivos, metodología, indicadores, evaluación, impacto, coordinación y metodología de trabajo en grupo dentro y fuera, etc. para eso estamos comenzando a formar en los cursos de la estrategia de atención comunitaria, RAPPS (red aragonesa de proyectos de promoción de la salud) - salud pública, que se necesitan más y no solo introductorios al tema para ir construyendo. No sabemos ser prudentes en las demandas de la población, de otros recursos y nos agotamos y a veces con sensación de frustración por no llegar a todas las demandas. La participación en las mesas de desarrollo del plan integral del barrio nos parece demasiado costoso aunque aprecian y nos animan a participar pero han sacado conclusiones y líneas de acción sin contar con nosotros que nos dá una sensación de no entender y no tener herramientas suficientes para valorar y saber dónde estamos y que tenemos que hacer. Hay conflicto de intereses y resulta frustrante. El grupo de salud comunitaria está en fase de recomposición por abandono de varios componentes por diferentes causas. En el proyecto señala que nos reuniremos dos veces en el 2017 con el consejo de salud y hemos oído que se piden cuatro como marca la instrucción aunque nadie nos lo ha comunicado. Teniendo en cuenta que también nos reunimos con la mesa de agentes mensualmente y hemos asistido a reuniones entorno al PIBO (plan integral del barrio Oliver)¿no es excesivo tanta reunión? No hemos podido crear agenda con espacio en omi para reuniones y actividades. Algunas se han hecho en horario laboral pero con mucho coste y la mayoría fuera sin compensación alguna. No se pueden contabilizar las horas dedicadas, esta evaluación ya está costando tiempo de realizarla. Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, rotuladores, fotocopias a color, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro y alguna otra cosa que podíamos negociar para que nos lo financiaran. Hasta la fecha lo hemos pagado nosotras. Poco apoyo por el resto del equipo y por la dirección. Suponemos que por desconocimiento y poca valoración de la salud comunitaria. No es suficiente hablar con el coordinador del centro, creemos que es más eficaz hablar y coordinarse con los responsables de los proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1306 ========== ***

Nº de registro: 1306

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Autores:
OLIVEROS BRIZ TERESA, LOPEZ GRANADA MANUEL, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GUILLEN BALLARD TERESA, MIRANDA ANAYA ANA, CEBOLLADA GARCIA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

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

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

PROBLEMA
Surge de un proyecto existente desde 2013 de la rapps y partió de un análisis de la situación del barrio Oliver Realización de un dco de barrio en 2010 en el que participaron muchos agentes y se materializó en un plan estratégico y formó una mesa de agentes para desarrollarlo que superaba los modelos de participación biomédicos. En todo este proceso participa el CS en el que se sumaba marginalidad y conflictividad en unos núcleos concretos del barrio, uso incorrecto de recursos sanitarios, que son limitados, excesiva medicalización de la vida cotidiana, dependencia de lo sanitario, poca valoración de los propios recursos personales,familiares y comunitarios así como de hábitos saludables. Inequidad.Con lo que se formó una comisión de salud comunitaria del CS para crear un proyecto de promoción de la salud para toda la población de oliver,apostando por la reorientación comunitaria de nuestro sistema priorizando la correcta utilización de los servicios públicos de salud desde la corresponsabilidad y promoviendo un estilo de vida sano que prevenga enfermedades y aumente la calidad de vida de la población. Y seguir trabajando intersectorialmente con todos los agentes del barrio.Sabemos que la evidencia de los determinantes sociales que convierten la salud en un asunto colectivo. Los servicios médicos pueden mejorar la salud pero no es el único ni el más importante,sino del conjunto de los determinantes.
Necesidad de cohesionar al EAP y sin dejar recaer en la voluntariedad de las acciones por parte de algunos profesionales.
En resumen el trabajo interdisciplinar e intersectorial,la lucha contra la medicalización de la vida y el enfoque de la atención primaria debe fundamentarse en el modelo sicosocial y salutogénico,incorporando la orientación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a toda la población.
Dar continuidad a un proyecto de promoción de la salud.
Mejorar y mantener calidad de vida de la población.
Empoderar a la población sobre la toma de conciencia de sus capacidades para mejorar y mantener la salud.
Orientar nuestras actuaciones hacia la promoción de la salud.
Potenciar hábitos positivos.Consolidar comisión de salud comunitaria.Participar en mesa de agentes del barrio.Potenciar el consejo de salud.Continuar planificando el proyecto de adicciones en mesa de agentes y consejo de salud.Mejorar relaciones y abordaje de estrés y conflictividad para todo el EAP.

MÉTODO
Consejo de salud : órgano de participación cercano a la población en el que se tratan asuntos de salud individual y comunitaria.
Es una de las actividades de las que se pretende desarrollar el proyecto de salud comunitaria fomentando y favoreciendo la participación de la comunidad incluyendo y siendo un espacio abierto coordinado con la mesa de agentes y que se reune en el centro de salud oliver con una periodicidad minima de 2 veces/año
Mesa de agentes : órgano de participación comunitaria en el que están representados todos los agentes del barrio y en el que se reunen para trabajar el plan comunitario de desarrollo del barrio que se desarrolla en el centro comunitario con una periodicidad mensual.Proyecto de promoción de salud en adicciones a través de la mesa de agentes y consejo de salud.Seguir planificando acciones posibles a nivel comunitario a través de trabajo por sectores y coordinados en la mesa de agentes por cemapa.taller de técnicas de relajación y autocontrol: taller semanal de sesiones de yoga y relajación para todo el equipo, en el espacio de la biblioteca del centro de salud.comisión de salud comunitaria profesionales que actúan como motor y lideran el proyecto a través de 4 reuniones/año, una sesión clinica/año y según detectemos necesidades visita virtual al centro de salud y doctor. guau a los coles del barriodesarrollo proyecto de adicciones-mesa de agentes: grupo maternaje preparto

INDICADORES
1) consejo de salud -indicadores: número y fechas de reuniones y actas 2) mesa de agentes-indicador: númeroy fechas de reuniones y actas 3) ENCUESTAS/escalas A LA POBLACION Y PROFESIONALES ANTES Y DESPUES DEL PROYECTO= EADG. EVAs.Escala calidad de vida.Escala de burn out.En niños: cualitativa, escala adaptada con dibujos. 4) Entrevista a los asistentes. Metodologia cualitativa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

DURACIÓN
ENERO-DIC 2017 excepto verano: - 1 reunion mensual mesa agentes, - 2 reuniones/año del consejo de salud - Reuniones Comisión de Salud Comunitaria (CSC): 1/trimestre.- 1 sesion semanal yoga y relajación para el equipo centro de salud.- Se realizan entrevistas previas al comienzo de las actividades en enero-feb 2017.
MARZO-ABRIL 2017: - Reunion CSC.
- Visita a los colegios de Ramiro Solans y Fernando el Catolico, 3º infantil. MAYO-2017: - Redaccion del proyecto de salud comunitaria en la plataforma de proyectos de acuerdo de gestion clinica y contratos programa en el servicio aragones de salud. - Visita colegio Ramiro Solans 1º de Primaria. JUNIO-OCT 2017: - Sesion clinica. NOV-DIC 2017:- Entrevistas y encuestas de control de actividades realizadas.- Recogida de datos y puesta en comun.- Elaboracion memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se diseñaron carteles de divulgación del blog que se colgaron en lugares visibles del Centro de Salud y Consultorios locales.
Se solicitó a los Ayuntamientos de la ZBS, CRA Los Bañales, Comarca de las Cinco Villas, Prensa Comarcal la inclusión del enlace de blog en sus páginas web, blog o redes sociales.
La actividad planificada en el proyecto con la escuela no se ha llevado a cabo por falta de planificación con calendario escolar unida a la situación de inestabilidad vivida en el EAP por la falta de hasta el 50% de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 el blog ha tenido 2632 visitas con 1317 visitantes

2 redes sociales de entidades de la ZBS incluyen enlace del blog / 7 entidades a las que se les solicito.

El buzón de sugerencias del blog no ha recibido ninguna entrada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque la divulgación del blog ha sido menor de la esperada, el nº de publicaciones realizadas por los profesionales del CS ha sido constante,con temática variada e interesante.

7. OBSERVACIONES.
A lo largo del 2019 se completará el proyecto con la actividad conjunta con la escuela organizando concurso de dibujo.
Se volverá a solicitar a las entidades que incluyan el enlace del blog en sus redes sociales.
Se pensará en alguna actividad para activar el buzón de sugerencias.
Se instará a los miembros del Consejo de Salud a que realicen alguna publicación

*** ========== Resumen del proyecto 2018/838 ========== ***

Nº de registro: 0838

Título
DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUDO DE LA ZBS DE SADABA

Autores:
MARIN MURILLO PILAR, LAITA EZQUERRA ROSARIO, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población sana y con patología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos Comunitarios

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

PROBLEMA
El Consejo de Salud cuente con un blog desde Nov 2017. Por distintos motivos la divulgación del mismo ha sido escasa por lo que el nº de entradas es bajo.
El blog se creó con objeto de dar a conocer el funcionamiento del Consejo de Salud y como estrategia del Salud en promoción comunitaria de salud.
El buzón de sugerencias disponible en blog no ha tenido ninguna entrada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

A lo largo de la corta existencia se han publicado de manera periódica artículos de promoción de hábitos saludables, información al usuario de pj : campaña VAG, campaña PCCR....

RESULTADOS ESPERADOS
1- La población adscrita a la ZBS conocerá la existencia del blog
2- La población visitará el blog
3- El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos comunitarios.
4-El blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud

MÉTODO
1- Diseñar carteles para dar a conocer el blog en la población
2-Solicitar a ayuntamientos, asociaciones y entidades de la ZBS que incluyan en sus web, blog o redes sociales el enlace al blog del Consejo de Salud.
3- Plantear un actividad de modalidad concurso en la escuela con temática de hábitos saludables que será publicada en blog, de esta manera dar a conocer el blog y el Consejo de Salud entre la población infantil

INDICADORES
-Incremento nº de entradas en blog

- nº web/blog/redes sociales que incluyen enlace a blog / nº web/blog/redes sociales a las que se ha solicitado inclusión

- Incremento nº sugerencias recibidas en buzón.

DURACIÓN
MAYO 2018: Diseñar carteles.
JUNIO 2018 Contactar con entidades para solicitar inclusión de enlace a blog en sus redes sociales.
JUNIO 2018 Contacta con escuela para plantear actividad.
OCT-NOV 2018:Realizar actividad en escuela.
DIC 2018: Medir indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEREZ GUZMAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO GUSTRAN CARMEN
TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS
MENA GALLIZO ELENA
MARIN MURILLO PILAR
BUENACASA LAFUENTE CARMEN
POLA COBA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE TRANSMITE A TODOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA IMPLICADOS (EAP,PAC,EVENTUALES) CONTENIDO DEL PROYECTO, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.
SE ENTREGA TABLA CON LISTADO DE PRODUCTOS Y PERIODO DE SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCAN ABIERTOS. TAMBIEN SE COLOCA EN PARED ENCIMA D EL CARRO DICHO LISTADO Y UN RECORDATORIO DE LA IMPORTANCIA DE ROTULAR LOS ENVASES AL ABRIRLOS. ADEMAS SE DEJA UN ROTULADOR INDELEBLE PARA PODER HACERLO.
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA ADEMAS DE ROTULAR LOS ENVASES MULTIDOSIS CON LA FECHA DE APERTURA,DESECHARAN LOS ENVASES ROTULADOS QUE SE ENCUENTREN FUERA DEL PERIODO DE SEGURIDAD.
USARAN ENVASE MONOSODIS CUANDO SEA POSIBLE Y LOS DESECHARAN SI ESTAN FUERA DE PERIODO DE SEGURIDAD.
LA RESPONSABLE DEL PROGRAMA REALIZARA REVISIONES MENSUALES Y RELLENARA LA TABLA DE REGISTRO DE REVISIONES YA CONFECCIONADA PARA ELLO. EN DICHAS REVISONES, DESECHARA LOS ENVASES NO ROTULADOS QUE ESTEN FUERA DEL PERIODOD DE SEGURIDAD, Y TAMBIEN LOS APOSITOS QUE ESTEN ABIERTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VAN DISMINUYENDO NUMERO DE ENVASES SIN ROTULAR EN EL CARRO, INCLUSO SE HAN DADO 2 REVISONES MENSUALES EN LAS QUE NO HABIA NINGUN ENVASE ABIERTO SIN ROTULAR, CERO.
TAMBIEN HA HABIDO 2 REVISONES CON CERO ENVASES FUERA DE FECHA.
PERO OCASIONALMENTE HAY ALGUN APOSITO ABIERTO Y SIN ROTULAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AL PRINCIPIO CUESTA UN POCO DE TIEMPO COGER EL HABITO DE ROTULAR Y REVISAR ENVASES,PERO INSISTIENDO Y REALIZANDO ALGUN RECORDATORIO, EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA VA MEJORANDO SU ACTITUD Y POR LO TANTO VA REPERCUTIENDO EN LA MEJORA DE ATENCION AL USUARIO.

7. OBSERVACIONES.
ESTE PROYECTO LOGRA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL USUARIO MEJORANDO EL HABITO LABORAL DE ENFREMERIA, CON MENOR ESFUERZO DEL QUE CUESTAN OTRAS MEJORAS.
MERECE LA PENA INTENTARLO Y SEGUIR INSISTIENDO.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/843 ========== ***

Nº de registro: 0843

Título
CONTROLAR EL RIESGO DE INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CS SADABA

Autores:
PEREZ GUZMAN TERESA, MORENO GUSTRAN CARMEN, TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS, MENA GALLIZO ELENA, MARIN MURILLO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carro de curas de la sala de urgencias del CS es un carro de uso común para todo el personal de enfermería del centro. El material que contiene el carro se usa para realizar curas urgentes o programadas durante el horario de Atención Continuada (A. C.)
El material de curas multidosis del carro (antisépticos, pomadas, colirios, suero fisiológico…) no es debidamente rotulado con la fecha de apertura, así mismo es habitual encontrar apósitos abiertos y almacenados en carro, suponiendo ambas circunstancias un alto riesgo de contaminación del material y consecuentemente un riesgo de infección de las heridas sobres las que se realiza las curas.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Todos los envases multidosis estarán debidamente rotulados con la fecha de apertura.
2- Todos los profesionales de enfermería conocerán los periodos de tiempo de seguridad que pueden permanecer los envases abiertos.
3- Ningún envase rotulado con fecha de apertura sobrepasará el periodo de tiempo de seguridad aconsejado según las indicaciones de la Farmacia de HCU.
4- No se almacenará ningún apósito abierto en carro de curas.
5- En el caso de existir presentación mono dosis este será el formato de envase disponible para uso en carro.
6- El carro será revisado periódicamente por responsable designado

MÉTODO
- Informar a todos los profesionales de enfermería implicados (EAP, EAC, personal eventual) sobre el proyecto, objetivos y actividades
- Facilitar tabla con listados de productos y periodo de seguridad en el que pueden permanecer abiertos. La tabla es confeccionada por el servicio de Farmacia del HCU.
- Los profesionales de enfermería rotularán los envases multidosis con fecha de apertura
- Los profesionales de enfermería desecharan los envases rotulados que se encuentre fuera de periodo de seguridad.
- Los profesionales de enfermería no almacenarán los apósitos abiertos.
- Los profesionales de enfermería usarán los envases mono dosis disponibles.
- Colocar en carro de curas un rotulador indeleble para facilitar la rotulación.
- Nombrar como responsable de revisiones del carro al responsable del proyecto que realizará revisiones mensuales
- Las revisiones se realizarán mensualmente coincidiendo con el día de solicitud de material al almacén de farmacia del HCU
- Confeccionar tabla de registro de revisiones.
- En la revisión se desecharán los envases no rotulados, los envases rotulados fuera de periodo de apertura seguro, los apósitos que se encuentran abiertos.

INDICADORES
Indicador 1:
nº envases debidamente rotulados / nº de envases existentes en carro.
Estandar:100%
Indicador 2:
nº de envases rotulados en periodo óptimo de seguridad /
nº envases rotulados.
Estandar: 75%
Indicador 3 :
0 apósitos abiertos en carro de curas

DURACIÓN
El periodo de evaluación será de Mayo del 2018 a Diciembre de 2018 realizándose un total de 8 revisiones.
Mayo 2018.
Presentación proyecto de Mejora a los profesionales de enfermería implicados.
Reparto de tabla con periodos de seguridad de apertura de productos confeccionada por Farmacia del HCU
Designación del responsable de revisiones y confección de tabla de registro de revisiones.
Diciembre 2018.
Presentación de resultados de indicadores del Proyecto de Mejora

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 - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0852

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MORENO GUSTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALAN ALAYETO BERTA ELISABET

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se presenta actividad en Consejo de Salud Sádaba
Se realiza cartel anunciador para difusión del Proyecto y se publica en el blog del Consejo de Salud
Con fecha 21 Septiembre se inician los paseos
Se han realizado 20 rutas semanalmente.
El Ayuntamiento de la localidad facilitó chalecos de seguridad con el logotipo del proyecto.
Se ha creado grupo de whatsapp con los integrantes fijos del grupo
Se han tratado distintos temas sobre hábitos saludables en las charlas impartidas durante los paseos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de personas que han mostrado interés por la actividad:45 personas
Nº de participantes en cada sesión fluctuante entre 5 y 25 personas, con una media de 18 parcipantes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad ha tenido buena acogida en la población de Uncastillo.
Se ha interaccionado socialmente entre población de distintas edades, siendo el sexo feme
nino el más participativo, y entre población sana y población con RCV ya establecido.

7. OBSERVACIONES.
Durante el desarrollo del proyecto tanto la persona responsable como la otra componente del equipo de mejora han sufrido ILT siendo asumida la consecución del proyecto por sus sustitutos.
La actividad programada de encuesta de satisfacción no se ha realizado por encontrarse la responsable de baja laboral y se pospone al mes de junio en el que se dará por termindado el proyecto de mejora.
Asi mismo se valora realizar alguna actividad conjunta con el colegio para dar continuidad al proyecto durante el 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/852 ========== ***

Nº de registro: 0852

Título
UNCASTILLO SE MUEVE

Autores:
MORENO GUSTRAN CARMEN, GALAN ALAYETO BERTA ELISABET

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

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

PROBLEMA
Caminar a paso ligero cinco veces a la semana, durante al menos 30 minutos puede alargar la esperanza de vida hasta tres años y reducir el riesgo cardiovascular hasta un 11%. Caminar beneficia, de muchas formas, a nuestro sistema cardiovascular. Ayuda a reducir sus principales factores de riesgo, como son la obesidad, la hipertensión, y la diabetes, además, se ha demostrado que también contribuye a un aumento del tono muscular y nos ayuda a controlar el estrés emocional.
También se ha relacionado con la mejora de la interacción social y reafirmación personal
Resulta de suma importancia el fomento de la actividad física, como factor para mejorar la calidad de vida de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0852

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

las personas

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL:
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Fomentar el ejercicio físico en los adultos de Uncastillo

SECUNDARIOS:
Aumentar el conocimiento sobre hábitos saludables
Fortalecer la red social en la comunidad
Mejorar la calidad de vida en la población diana

MÉTODO
Los paseos tendrán una duración de unos 50 minutos de forma semanal
10 minutos de estiramientos y calentamiento
30 minutos de paseo
10 minutos de estiramientos
Durante el paseo y estiramientos se realizaran charlas sobre hábitos saludables, que habrán seleccionado los participantes durante el paseo anterior. De forma lúdica y en ambiente distendido
Se hará un resumen/ puesta en común del tema tratado ese día al final del paseo

INDICADORES
Grado de aceptación de la actividad: Población diana total / personas que han mostrado interés, aunque no hayan participado en ningún paseo
Número de participantes en cada sesión
Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN
Mayo: Desarrollo del proyecto
Junio: Difusión de la actividad: En el Ayuntamiento de Uncastillo, EAP
Consejo de Salud, Redes sociales
Junio-Septiembre: Captación de personas interesadas
Septiembre: inicio de la actividad (De forma semanal en horario de 9:30- 10:30)
Diciembre: Evaluación y Encuesta de Satisfacción
Junio/19: Final de la actividad.
Evaluación y Encuesta de satisfacción final

OBSERVACIONES
Según el número de participantes y edades, se podrían plantear dos grupos de paseo

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTA ALVAREZ SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se solicitó a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizó un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia (Hospital de Ejea) y al Consejo de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reducido los ingresos urgentes por reagudización de IC por la coordinación con el servicio de MI del Hospital de Ejea y la educación dada a los pacientes y sus cuidadores.
Hemos conseguido que todos los profesionales usen las Guias de práctica Clínica sobre IC según la Sociedad de Cadiología.
No ha sido posible acabar la revisión de todos los tratamientos de estos pacientes dado que no se han cubierto bajas laboles largas del personal y se han incorpordo nuevos profesionales tras el traslado que no conocen a los pacientes crónicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos aprendido que es importante el seguimiento de GPC para el buen control de los pacientes crónicos (IC en este caso), asi como la importancia de explicar a estos pacientes como debe ser su autocuidado e implicarlos en le seguimiento de su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.
No existe una ruta asistencial para pacientes crónicos en Hospital Lozano Blesa ni en Hospital de Ejea.
La consecución de los proyectos de mejora se dificulta por los cambios en los equipos de AP.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/903 ========== ***

Nº de registro: 0903

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICEINCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Autores:
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

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

PROBLEMA
Se han observado los siguientes problemas en la atención a nuestos paciente con Insuficiencia Cardiaca:
- Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP
- Diferencias en la formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA

- Falta de implementación GPC.
- Falta de implicación en el proceso de IC
- Las actividades preventivas comunitarias para IC no se integran en el proceso.
- No se implementan completamente los medios diagnósticos, terapéuticos, cuidados y recomendaciones.
- No existe una ruta asistencial definida para IC.: planes de cuidados, planes estandarizados.

Por lo tanto consideramos que debemos iniciar un proyecto de mejora para conseguir un seguimiento óptimo de los pacientes con IC y mejorar la atención que reciben por nuestra parte, Así evitaremos descompensaciones en pacientes con IC e ingresos de repetición.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar las actividades preventivas en IC.
- Reducir los ingresos en descompensaciones agudas.
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
- Potenciar los cuidados a los pacientes del programa.
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.
- Mejorar los conocimientos delas GPC de IC de los profesionales del centro.

MÉTODO
- Se solicitará a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizará un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia y al Consejo de Salud

INDICADORES
- Número de ingresos urgentes por reagudización/ Número de pacientes con ICC (Reducción del 2% respecto al año anterior)
- Número de pacientes con IC con vacunación antigripal/ Número de pacientes con IC (Aumento del 10%)
- Número de pacientes vacunados antineumococica/ Número de pacientes con IC (Aumento del 5%)
- Número de paciente con ICC en los que consta exploración básica (peso, TA, Perímetro abdominal)/ Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Número de pacientes polimedicados con ICC a los que se ha revisado prescripción / Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Pacientes con IC en tratamiento con calcioantagonistas / Número de pacientes con IC
- Pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes/ Número de pacientes con IC

DURACIÓN
- Aumento de oferta servicios: agendas OMI, plantilla autocuidados : mayo-diciembre 2018
- Sesiones clínicas: mayo-diciembre 2018
- Comunicación a EAP, Consejo de Salud: mayo- diciembre 2018
- Revisión prescripción: enero-diciembre 2018

OBSERVACIONES
No existe una ruta asistencial de pacientes con IC consensuada con el Hospital Ejea ni con el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa, que son nuestros hospitales de referancia, lo que dificultará llevar a cabo este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1041

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo – junio 2018 : comunicación al Ampa “Via Romana “ y al Equipo directivo del instituto .
Julio – Agosto 2018 : Recopilación material didáctico, y análisis del mismo..
Septiembre 2018 : Reunión con Equipo directivo del centro .
Septiembre- Octubre 2018: elaboración y estructuración del taller y encuestas .
Primeros de Noviembre entrga de encuestas previas a los alumnos y análisis de las mismas .
26 de Noviembre 2018 Realización del taller con alumnos y encueta final .
Diciembre 2018 : Analisis resultados encuesta y elaboración conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El analisis de las encuestas indica mejoría en conocimientos para detección de violencia de genero en fases iniciales hasta en un 30%, mayor sensibilización con este tema 15% y un 100% satisfacción con el taller realizado .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las encuestas demuestran un alto grado de satisfacción de la totalidad de los alumnos, así como de la participación de los mismos, y aumento de conocimientos y sensibilización con el tema.

Considero que debería hacerse un taller similar al menos una vez al año con alumnos de 3º y 4º de la ESO o incluso preparar otro más adecuado para alumnos de 1º y 2º (que son los otros cursos que hay en nuestra sección).También podría organizarse algún taller para el AMPA .

7. OBSERVACIONES.
Me gustaría saber que otros indicadores podría utilizar para un taller posterior.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1041 ========== ***

Nº de registro: 1041

Título
VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

Autores:
LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion a la comunidad
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Diversos
estudios y encuestas nos hacen pensar que los adolescentes precisan
conocimientos y habilidades para detección de la violencia de genero

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1041

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

en todas sus modalidades y en sus primeras manifestaciones .

La violencia de genero es un problema de nuestra sociedad que afecta a
la salud en todos sus aspectos. Está demostrado que la educación basada
en la igualdad de sexos y oportunidades es la base para erradicar
este tipo de violencia .
La adolescencia es una edad adecuada para adquirir conciencia y
actitudes.

RESULTADOS ESPERADOS
Educar, instruir y concienciar a los adolescentes .
Prevenir y detectar tipos de relaciones dañinas, así como de abusos en otros ámbitos.

MÉTODO
Reunión con equipo directivo del IES Reyes católicos Sección Sadaba para proponer esta actividad.
Reunión o comunicación al AMPA
Reunión con trabajadora social comarca para informar y solicitar material.
Análisis del material didáctico disponible .
Elaboración guión para charla a alumnos de 3º y 4º ESO.
Dar charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO,
Elaborar encuesta satisfacción .

INDICADORES
Se
pasará una encuesta previa a esta intervención a los alumnos para ver
sus habilidades y conocimientos y posteriormente se pasará otra donde
además de preguntar sobre contenidos sepregubntará sobre grado de
satisfacción y si consideran de utilidad la sesión.

DURACIÓN
Mayo 2018 . Contacto con AMPA y Equipo directivo IES

Junio 2018 . Contacto con servicios sociales de la comarca,Instituto Aragonés de la mujer,

Julio 2018 : Recopilación material formativo y análisis del mismo .
Agosto -Septiembre 2018 elaboración guión, y estructuración charla y de las encuestas .

Primeros Octubre 2018 Reunión con equipo directivo y puesta en común.

Noviembre 2018, charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1122

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PEREZ-CABALLERO BONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GUZMAN TERESA
LAITA EZQUERRA ROSARIO
VIDAL CANCER CONCHA
ESPES BIESCAS MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
16 Mayo/18: Reunión con responsables de CRA Bañales para presentación preliminar del proyecto
25 Mayo/18: Nuevo contacto con CRA Bañales para presentación definitiva del proyecto, concretar cronograma del mismo y personas responsables del proyecto dentro del Centro Educativo
16 Junio/18: Comunicación del proyecto en el Consejo de Salud de Sadaba. Se realizó una presentación en power point.
18 Junio/18: Presentación del proyecto al resto del EAP
Por cuestiones de calendario escolar se pospuso la elaboración del contenido y actividades a realizar con el Equipo del CRA, a partir de Septiembre, con el nuevo curso escolar.
Tras varios intentos de contactar con responsables de CRA entre Septiembre y Octubre/18, no se logro fijar fechas de trabajo. Por motivos de traslado del responsable del proyecto, no se pudo continuar con el cronograma establecido. desistiéndose del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al no poder completarse el proyecto, no se ha obtenido ningún resultado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha quedado pendiente todo el desarrollo del proyecto.
Al ser un proyecto presentado desde el C.S, quizá los profesores no se implicaron en su consecución y falto motivación. Ya que en las reuniones las necesidades sentidas y manifestadas eran diferentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1122 ========== ***

Nº de registro: 1122

Título
RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

Autores:
PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN, PEREZ GUZMAN TERESA, LAITA EZQUERRA ROSARIO, VIDAL CANCER CONCHA, ESPES BIESCAS MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

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

PROBLEMA
Una dieta inadecuada y la falta de actividad física son dos factores de riesgo de las principales causas de enfermedades evitables, como los trastornos cardiovasculares, la obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2. Frente a esto, caminar se considera a menudo como la forma de actividad física que mayores beneficios aporta para la salud. Además, es una práctica económica, que no requiere de un equipamiento complejo ni de instalaciones específicas, se adapta a multitud de horarios y se puede modular dependiendo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1122

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

las características personales, como la edad o el estado de salud
La actividad física es uno de los activos que de modo más redundante identifican los niños y jóvenes
El proyecto pretende diseñar una ruta saludable en cada municipio de la ZBS de Sadaba, contando para su diseño con la participación de todos los niños escolarizados en el Colegio Rural Agrupado Bañales; que es un único centro público compuesto por seis localidades (Alera, Biota, Castiliscar, Luesia, Sádaba, Uncastillo). Todos ellos pertenecientes a nuestra ZBS excepto Luesia.
Pretendemos que estas rutas unan distintos puntos identificados como saludables por los niños, medir distancias y dificultad, y en un futuro que cuente con señalización estable

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar y sensibilizar a la población escolar en la generación/ promoción de salud.
Fomentar el ejercicio físico de toda la comunidad
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Disminuir el grado de obesidad en la población de la ZBS de Sádaba

MÉTODO
1. Contacto con el Centro Educativo CRA Bañales, de la zona rural de Sadaba para presentar el proyecto y establecer una colaboración mutua.
2. Presentar el proyecto en el Consejo de Salud de la zona
3. Sesión en el C.S. para dar a conocer el proyecto a todos los integrantes del equipo
4. Charla a todos los niños del CRA sobre salud
5. Que los niños identifiquen zona saludables en su entorno
6. Realizar una ruta saludable que pase por todos los puntos identificados como saludables en su pueblo

Requisitos:
a) Tener un recorrido de unos 3 km, que es la distancia aproximada para cumplir las recomendaciones de la OMS.
b) Que la ruta sea adecuada para las personas que potencialmente pueden hacer más uso de ella, normalmente personas mayores sin ningún factor invalidante que les impida cumplir las recomendaciones de realizar media hora diaria de actividad física por un trazado accesible y de dificultad baja.

7. Presentar estas rutas en Consejo de Salud, para su inclusión en las páginas Web de los ayuntamientos y su posible señalización estable.
8. Fomentar los paseos saludables utilizando estas rutas desde las consultas de Atención Primaria.

INDICADORES
1. Numero de reuniones con el CRA Bañales
2. Número de niños que han participado en el trabajo/ total de niños escolarizados en el CRA entre 6-12 años.
3. Número de rutas diseñadas sobre el total de las escuelas del CRA.
4. Numero de reuniones con el Consejo de Salud, en las que se ha participado y trabajado el proyecto en el año.
5. Miembros del equipo participantes/ total de miembros del equipo.

DURACIÓN
1. Mayo 2018: Presentación del proyecto a comunidad Educativa y Miembros del EAP
2. Mayo/ Junio 2018: Elaboración y desarrollo teórico del programa. Contenidos y actividades consensuadas con el CRA Bañales
3. Septiembre 2018: Charla de unos 45 min de duración sobre salud a todos los niños escolarizados en el CRA Bañales de Sadaba
4. Septiembre / Octubre 2018: Trabajo grupal de los niños para la identificación de zonas saludables en cada municipio
5. Octubre 2018: Diseño de la ruta saludable que incluya los puntos identificados, con medición de la distancia entre cada uno de ellos y la distancia total.
6. Noviembre 2018: Presentación de las rutas al Consejo de Salud y difusión entre la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA MENA GALLIZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL
TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS
LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA
POLA COBA REBECA
BUENACASA LAFUENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza en el centro de salud un taller teórico práctico de RCP y DEA destinado a médicos y enfermeras del centro. Desde dirección se nos proporciona un maniquí y un DEA para poder realizar la parte práctica. La Dra. María Paola Liévano es quien prepara el taller tras asistir a un curso de urgencias del 061. Dicho taller se lleva a cabo el 26 de Junio de 2018 con la asistencia de 10 participantes.

Preparamos una guía con las instrucciones para la correcta prueba test del desfibrilador que tenemos en la sala de urgencias. Dicha guía queda colocada en la pared junto al desfibrilador.

Se instaura un calendario de revisiones de maletines, vitrina de urgencias y desfibrilador y una planilla en donde se debe anotar la fecha y las personas que realizan las revisiones así como una hoja en donde se anotan las incidencias encontradas. Éstos documentos se colocan en nuestra sala de estar.

Se consensua entre el equipo de urgencias un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos. Dicho listado se coloca en la propia vitrina.

Se realiza un algoritmo que define el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Dicho documento se entrega vía mail a todos los trabajadores del centro, también se coloca una copia en la pared de admisión, a la vista de los administrativos.

El personal del centro es informado de todas éstas actividades y de dónde se colocan los documentos preparados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1:
Nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según calendario
11/12 x 100= 91.6 % (Se supera el objetivo propuesto)
Objetivo 90 %
Se obtienen los datos de la planilla donde el personal anota las revisiones realizadas.

Indicador 2:
Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y RCP/nº total de profesionales del centro
10/11 x 100= 90,9 % (Se supera el objetivo propuesto)
Objetivo 80%
Los datos se extraen de la realización del taller teórico práctico de RCP y DEA incluído en el progama de sesiones clínicas del C. S. Sádaba.
Los profesionales quedaron muy satisfechos con la realización de éste taller ya que pudieron actualizar muchos conocimientos sobre atención urgente, además la parte práctica fue de gran utilidad.

Indicador 3:
Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.
Se elabora dicho documento en función del consenso alcanzado entre los propios trabajadores del centro.
Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:
Porcentaje de los profesionales conocedores del documento de asignación de casos de atención urgente/ nº total de profesionales del centro
12/12 x 100= 100 %
Objetivo: 100 %
Se envía una copia a cada uno de los profesionales que trabaja en el centro y se coloca otra en admisión en un lugar estratégico a la vista de todos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de cualquier proyecto que requiere el consenso entre los profesionales siempre viene bien para establecer comunicación, solucionar problemas y opinar sobre diferentes puntos de vista del personal, así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

conseguimos unificar criterios.
En nuestro caso, el C. S. Sádaba es un centro pequeño y el personal es escaso, el equipo de urgencias lo formamos 4 personas, 2 médicos y 2 enfermeros, trabajando en equipos de 2, nunca llegas a trabajar con tu igual por lo que en ocasiones surgen dudas que se tienen que solucionar casi sin ayuda. La elaboración de protocolos, hojas informativas, etc, ayudan cuando nos encontramos ante una situación poco habitual y no tenemos muy claro cómo actuar.
Estamos contentos con la elaboración de éste proyecto ya que además de que se han cumplido todos los objetivos previstos hemos facilitado el trabajo de los profesionales del centro, no sólo para los habituales, sino también al personal de nueva incorporación, sustitutos…mediante la existencia de varios documentos colocados estratégicamente y que facilitan nuestro trabajo.
Además gracias al taller realizado hemos actualizado conocimientos en RCP y DEA, ya que al trabajar en el medio rural no siempre tenemos acceso o facilidad para acceder a éste tipo de cursos.
Nos queda pendiente conseguir un 100% en cuanto a las revisiones de los maletines, ya que es una función muy importante para que el material esté siempre preparado en óptimas condiciones.
Además estaría bien poder seguir formándonos en atención urgente, bien sea en cursos organizados o preparar nuestros propios talleres de formación.

7. OBSERVACIONES.
Cabe destacar que el número habitual de profesionales es de 12 pero durante la realización del taller había una persona de baja sin sustituto por lo que a la hora de evaluar el indicador 2 se hace sobre 11 profesionales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1154 ========== ***

Nº de registro: 1154

Título
ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Autores:
MENA GALLIZO ELENA, TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS, SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL, LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

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

PROBLEMA
La atención urgente precisa de un equipamiento clínico, diagnóstico y terapéutico completo y al mismo tiempo fácilmente transportable y manejable de tal modo que todo debe estar dispuesto para facilitar la labor al personal.

Se han detectado los siguientes problemas en nuestro centro:
Variabilidad en los criterios de atención urgente.
Excesivas diferencias profesionales en formación e implicación.
Variabilidad del personal (vacaciones,bajas...)
Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento de maletín, vitrina.
Inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador.
Presencia de material y medicamentos caducados.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar criterios.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias y maletines definiendo sus contenidos básicos y facilitando una organización estandarizada en la que se implique a todos los profesionales.
Establecer un mínimo de medicación y material en la vitrina de urgencias.
Garantizar la disponibilidad inmediata de medicación, material y productos sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Facilitar un documento conocido por todos los profesionales en el que se indique cuál es el criterio en cada momento para designar al profesional /profesionales responsables de la atención urgente tanto en el Centro de Salud como fuera de él.
Facilitar la labor al personal eventual.
Evitar demoras en la atención urgente.

MÉTODO
Promover la autoformación en atención urgente mediante la realización o participación en cursos y talleres.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos sobre la atención en la patología urgente y el mantenimiento del desfibrilador.
Mantenimiento de los maletines después de su uso y periódicamente mediante un calendario de revisiones.
Consensuar entre el equipo de atención continuada un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos.
Registro de incidencias.
Realizar un algoritmo que defina el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente.

INDICADORES
Indicador 1:

nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según el calendario

Objetivo: 90%

Indicador 2:

Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP/nº total de profesionales del centro

Objetivo: 70%

Indicador 3:

Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:

Porcentaje de profesionales conocedores del mismo/ nº total de profesionales del centro

Objetivo: 100%

DURACIÓN
Periodo de evaluación de Enero de 2018 a Enero de 2019.

En Enero de 2019 presentación 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 - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BERTA ELISABET GALAN ALAYETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- El 13/04/2018 la responsable del proyecto asistió a la jornada de presentación de la estrategia IRASPROA realizada por el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) en Zaragoza.

- El 24/05/2018 se imparte la primera sesión para dar a conocer aspectos y principios generales del Programa de Optimización del Uso de Antibioticos (PROA) a todo el equipo de Atención Primaria (EAP) del Centro de Salud (CS) de Sádaba.

- El 18/06/2018 se presentó el proyecto de mejora en el Consejo de Salud de la zona basica de salud (ZBS) de Sádaba.

- El 05/07/2018 la responsable del proyecto dio a conocer los detalles y los objetivos que se pretendían alcanzar con el proyecto de mejora a todo el EAP del CS de Sádaba.

- Inmediatamente a la presentación del proyecto, el EAP de nuestro CS se adhiere a los principios generales del PROA.

- El 04/10/2018 se realiza una sesión formativa del PROA: uso racional de antibióticos, resistencias bacterianas, infecciones más frecuentes y el tratamiento empírico más adecuada en Atención Primaria (AP).

- El día 16/10/2018 la responsable del proyecto asistió a reunión de trabajo del PROA en Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El EAP de Sádaba nombra a una responsable del uso racional de antibióticos.

- Se han difundido los principios generales del PROA en AP tanto en el EAP como en el Consejo de Salud de ZBS de Sádaba.

-Se han difundido en EAP los informes de consumo y resistencias facilitados por la Dirección del Sector Zaragoza III.

- Se colocaron carteles y posters que facilitaron de la estragia IRASPROA en las salas de espera del CS y consultorios.

- Se han realizado 3 sesiones formativas sobre el PROA en EAP en las sesiones de reunión de equipo con la asistencia del 100% de los profesionales del CS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A los nuevos médicos que se incorporaron al CS posteriomente al llamamiento de interinidades, se les comentó el proyecto para que se sumaran a las rutinas diarias adoptadas por el EAP.

7. OBSERVACIONES.
- Pese a que el año 2018 fue un año de peculiaridades en el EAP que podrián haber afectado la continuidad del proyecto (traslados de profesionales, bajas laborales y optimización de consultas por falta de sustitutos) se han realizado todas las actividades programadas.

- Por el traslado del profesional responsable de antibioticos del equipo, se nombró a un nuevo responsable.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1226 ========== ***

Nº de registro: 1226

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GALAN ALAYETO BERTA ELISABET, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril 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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA GARCIA LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
BUIL COMPANY ESTHER
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas se resumieron en 6:
1) Listado consensuado (en calidad y cantidad) de material y fármacos en CP/MU.
2) Creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos (formato papel).
3) Creación y mantenimiento "sets" de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.
4) Realización de sesiones clínicas para actualización conocimientos en área de urgencias.
5) Visibilización en zonas estratégicas del área de urgencias de determinados algoritmos útiles sobre la atención de la patología urgente.
6) Visibilización y publicitación de documento explícito para designación del "profesional encargado de la atención urgente".

En cuanto al cumplimiento respecto al calendario marcado, éstas han sido las actividades realizadas:
1) Abril 2018: Se cumplió el plazo previsto para la presentación del Proyecto de Mejora y la primera sesión (a través del Grupo de Formación del CS) de presentación de distribución CP/MU.
2) Octubre 2018: Se cumplió el plazo previsto de valoración de los ítem estipulados.

En cuanto a los recursos empleados: Los materiales: cuaderno que refleja revisiones periódicas CP/MU y suministros periódicos por parte de Farmacia del Sector Z3. Inmateriales: dedicación por parte de los profesionales encargados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos fijados a priori en el diseño inicial se organizaron bajo 4 ítem diferentes. A continuación se detallan con la consiguiente valoración de su consecución:
1) Definición de un procedimiento con contenidos básicos del CP/MU según la propuesta organizativa: consecución positiva.
2) Optimizar recursos disponibles en el área de Urgencias: priorizando su fácil localización y su estado óptimo: a día de hoy, seguimos valorando pequeños cambios en la localización.
3) Constante observación del Listado de Incidencias del CS : Gracias a la estrecha colaboración con el Grupo de Calidad del CS, periódicamente se revisa el listado de cara a introducir futuras mejoras.
4) Explicitar y publicitar documento de designación del "profesional encargado de la atención urgente" a todos los miembros del EAP: exhibido en tablón de anuncios.

Su relación con el standard marcado y la ulterior relación con el impacto del proyecto se pueden valorar con esta presentación de Indicadores :
1) Valoración a los 6 y 8 meses del inicio del proyecto del porcentaje de revisiones de CP/MU completadas respecto de las previstas: 100% y 100%
2) Valoración a los 6 y 8 meses del inicio del proyecto del nº total de incidencias relacionadas con el área de urgencias: 3 y 1, respectivamente.
3) Indicadores en relación con el documento del profesional responsable de la atención urgente: 3.1) Indicador 1: existencia o no de dicho documento: Positivo
3.2) Indicador 2: porcentaje de profesionales del EAP conocedores del mismo: 100%
3.3) Indicador 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente: Indicador pendiente de evaluar por parte de nuestro Grupo de Formación: se estima que del 80-90% de los miembros del EAP han sido ponentes en al menos una sesión formativa en patología urgente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión fundamental es la operatividad de este enfoque sistematizado de la atención urgente en nuestro CS. Siempre teniendo en cuenta que las mejoras a introducir deben ser un proceso constante.
Nuestra recomendación es su realización en todas las áreas de urgencias de Centros de Salud u otros organismos.
Su sostenibilidad y posibilidad de replicación parecen ser esperables, aunque quedamos atentos a su evolución en el tiempo, así como la valoración de los miembros del EAP de la posibilidad de su replicación en un futuro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

a medio plazo.

7. OBSERVACIONES.
Abreviaturas: CP: carro de paradas, MU: maletín de urgencias, CS: centro de salud

*** ========== Resumen del proyecto 2018/364 ========== ***

Nº de registro: 0364

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

Autores:
GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIAS LUCIA, VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, BUIL COMPANY ESTHER, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

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

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

PROBLEMA
La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP..
El carro de paradas y el maletín de urgecias son dos puntos clave en la atención de la urgencia, tanto en el propio Centro de Salud (Carro de Paradas), como extra-centro (Maletín de Urgencias): aunque se viene realizando el mantenimiento de ambos desde hace tiempo, proponemos una sistemática para reposición y control periódico según protocolo intracentro.

Asímismo, creemos útil el mantenimiento de “sets” de urgencias (como el de SCA) y la creación de nuevos (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones y politrauma/sangrante).

RESULTADOS ESPERADOS
-Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletín de urgencias con la propuesta organizativa estandarizada.

-optimización de recursos disponibles en el área de urgencias del Centro de Salud: fármacos y materiales, priorizando su fácil localización y garantizando su estado óptimo.

-determinación de las diferentes responsabilidades del personal, en cuanto a revisión y mantenimiento material, fármacos, así como revisión de sus indicaciones.

-mantener actualizados los conocimientos del personal sanitario del centro respecto a la actuación en situaciones de urgencia (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Formación del Centro de Salud de Sos).

-mantener en constante observación las posibles mejoras a realizar en el área (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Calidad del Centro de Salud de Sos) a través del Listado de Incidencias del Centro.

-evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indica cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente.

MÉTODO
-listado de material y fármacos disponibles tanto en carro como en maletín, consensuado en calidad y cantidad con los miembros del EAP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

-creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos disponible en formato papel.

-creación y mantenimiento “sets” de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.

-realización de sesiones clínicas para actualizar conocimientos en área de urgencias.

-situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

-proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo, se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

INDICADORES
-Abril 2018: presentación del proyecto de mejora en el centro e inicio de la primera sesión presentadora de carro de paradas y nueva distribución del maletín de urgencias.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : porcentaje de revisiones de carro/maletín completadas respecto a las totales previstas.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : número total de incidencias relacionadas con el área de urgencias .

-3 indicadores sobre el documento del profesional responsable de la atención urgente:
- -Indicador nº 1: existencia o no de dicho documento.
- -Indicador nº 2: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
- -Indicador nº 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación patología urgente.

DURACIÓN
de Abril a Diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo 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 - 2018/0465

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LAFUENTE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elige como responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP el 1 de Abril de 2018 a la Dra: BEATRIZ VIELBA DUEÑAS.
La responsable acude a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 de Abril de 2018.
La responsable difunde la información de la Jornada a los miembros del EAP en Mayo del 2018.
Sesiones clínicas (infecciones, uso de antibióticos) impartidas por el EAP. 1) 9 Octubre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "IRASPROA" revisión, actualización; 4.44% de asistencia. 2) 16 Octubre 2018 MIGUEL ÁNGEL AGUIRRE DE SANTIAGO "Infecciones prevalentes en adultos en AP"; 4,44% de asistencia. 3) 12 Diciembre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "Faringoamigdalitis agudas, test rápido de estreptococo"; 4,44% de asistencia.
Colocación de pósters con el lema "Antibióticos, sólo cuando sea necesario" en el Centro de Salud y en los consultorios locales.
Los profesionales del EAP firman el compromiso sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los antibióticos.
Revisión de alertas sobre Fluorquinolonas el 30 Octubre 2018.
La responsable acude a la convocatoria con Farmacia de la GAP Zaragoza 3 el 6 Noviembre 2018. Luego difunde la información recibida al resto del EAP.
La responsable acude al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en AP" en Zaragoza el 29 Noviembre 2018. Luego difunde la información recibida al resto del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP.
La responsable ha acudido a las convocatorias de la GAP. 1) Jornada del 13 Abril 2018. 2) Convocatoria con Farmacia 6 Noviembre 2018. 3) Asistencia al curso 29 Noviembre 2018.
Se han realizado varias reuniones en el EAP sobre buen uso de antibióticos. 1) Mayo 2018 difusión de información de la Jornada del 13 Abril; 5,55% de asistencia. 2) 9 Octubre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "IRASPROA" revisión, actualización; 5,55% de asistencia. 3) 16 Octubre 2018 MIGUEL ÁNGEL AGUIRRE DE SANTIAGO "Infecciones prevalentes en adultos en AP"; 5,55% de asistencia. 4) 12 Diciembre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "Faringoamigdalitis agudas, test rápido de estreptococo"; 5,55% de asistencia. 5) 30 Octubre 2018 debate sobre fluorequinolonas; 2,22% de asistencia.
Se consigue el compromiso de los miembros del EAP de optimizar el uso de los antibióticos.
Se emplea el test rápido del estreptococo, si procede, tanto en consulta como en atención continuada (previamente no se había empledo).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión fundamental es que de nuestra mano está el hacer un uso adecuado de los antibióticos para minimizar el evidente aumento de resistencias a los mismos.
Además tenemos que educar a los pacientes para que usen de forma adecuada los antibióticos cuando proceda.
El EAP de Sos del Rey Católico ha acogido con interés este proyecto y se espera que se sigan haciendo actividades para mantener nuestros conocimientos actualizados para tratar adecuadamente las infecciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/465 ========== ***

Nº de registro: 0465

Título
OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, MARTINEZ GIL RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0465

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

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

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

PROBLEMA
EL ALARMANTE INCREMENTO DE LAS RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.
LAS INSTITUCIONES SANITARIAS CONSIDERAN LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA Y SU ABORDAJE UN ASUNTO PRIORITARIO QUE INCLUYE OPTIMIZAR EL USO DE ANTIBIOTICOS.
LA A.E.M. HA PUESTO EN MARCHA EN PLAN NACIONAL PARA CONTROL DE LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS Y A NIVEL DE ARAGON EL PROGRAMA IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS
OPTIMIZAR EL USO DE ANTIMICROBIANOS PARA EVITAR LA RESISTENCIA A LOS MISMOS
ADHERIRSE A LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA (DECALOGO ELABORADO POR EL GRUPO IRASPROA)
REALIZAR FORMACION DEL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS

MÉTODO
ASISTENCIA A LA JORNADA IRASPROA 13 ABRIL
DAR A CONOCER LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA
DAR SESIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON PROA, PERFIL DE RESISTENCIAS A ANTIBIOTICOS, INFECCIONES MAS FRECUENTES Y SU TRATAMIENTO.
PARTICIPAR EN CAMPAÑAS SANITARIAS QUE PROMUEVA IRASPROA EN ARAGON

INDICADORES
TENER RESPONSABLE EN EL EQUIPO (ABRIL)
DIFUSION D ELOS PRINCIPIOS GENERALES PROA EN ATENCION PRIMARIA (MAYO)
INDICADOR: DIFUSION DE INFORME DE CONSUMO/RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL SECTOR DE TODOS LOS EAP (SEPTIEMBRE 2018)
OBJETIVO: FORMACION EN USO ADCUADO DE ANTIBIOTICOS
INDICADOR: Nº SESIONES REALIZADAS SOBRE PROA
3 SESIONES AL AÑO
POORCENTAJE DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL EAP QUE HAN PATICIPADO EN FORMACION PROA, OBJETIVO 80%.
INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS

DURACIÓN
DE ABRIL A DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0827

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
+A partir de nuestros listados de inmovilizados y dependientes (disminuídos psíquicos, físicos, población infantil con limitaciones que necesitan atenciones especializadas, personas con problemas sensoriales, mayores con deterioros cognitivos,físicos, demencias,etc) hemos ido realizando una valoración completa de los mismos que ha incluído : la capacidad para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas (barthel), un examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP (movilidad reducida, deficiencia nutricional, incapacidad de cambiar de postura por sí misma,alteraciones cognitivas importantes, alteraciones circulatorias que sean pacientes con historia de UPP ó una UPP actual, trastornos inmunológicos como infecciones y neoplasias) y al tto farmacológico (sedantes, corticoides, citostáticos), una evaluación nutricional con un instrumento validado (mini nutritional assessment -MNA-), una evaluación de los aspectos psico-sociales identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales, así como una evaluación del riesgo de padecer UPP con una escala validada.
+Posteriormente tras la valoración, hemos realizado actividades de formación a los profesionales en una sesión clínica en materia de prevención de UPP que íncluya identificación de los pacientes de riesgo y signos de alarma, prevención de nuevas UPP, cambios posturales y educación sanitaria destinada a pacientes y cuidadores.
+Actividades de educación sanitaria destinada a pacientes y cuidadores que ha incluído qué son las UPP, cuáles son sus causas y signos de aparición, cómo hay que prevenirlas, repercusiones de tener una UPP, y técnicas y materiales para la prevención.
+Actividades de elaboración de un plan de cuidados para todos los pacientes que han sido evalúados como pacientes de riesgo. Ese plan incluirá aspectos como factores de riesgo, estado de la piel, capacidad de movilidad del paciente, preferencias del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la finalización de proyecto no puedo presentar resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de reflejar en la memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/827 ========== ***

Nº de registro: 0827

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA, CAUDEVILLA ESEVERRI ELENA, CASALES LABORDA SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODA PATOLOGÍA QUE OCASIONE UNA DEPENDENCIA A NIVEL FUNCIONAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA-EDUCACIÓN SANITARIA-PREVENCIÓN

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0827

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Las UPP(úlceras por presión) representan un importante problema de salud en todos los niveles asistenciales y un problema socio-económico(por el aumento de estancias hospitalarias y el mayor consumo de recursos)
El papel de enfermería es muy decisivo en su abordaje, ya que es aceptado por la comunidad científica que el 95% de las UPP son prevenibles con los cuidados y recursos adecuados.
Por eso desde Atención Primaria, queremos informar y concienciar a la población de riesgo para mantener unas pautas de prevención adecuadas y así poder fomentar su autocuidado

RESULTADOS ESPERADOS
.GENERAL: mejorar la salud y calidad de vida de la población de riesgo mediante la implicación del EAP (equipo de Atención Primaria), de los pacientes y/ó cuidadores en la prevención y manejo de las UPP.
.ESPECÍFICOS:
-Incrementar el conocimiento sobre medidas de prevención de UPP en población de riesgo en nuestra zona de salud en un 20%
-Disminuir la incidencia de aparición de úlceras en la población de riesgo mediante el desarrollo y fortalecimiento del conocimiento técnico de UPP y habilidades para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes

MÉTODO
-CAPTACIÓN: a través de consulta de enfermería (programada, a demanda, visita domiciliaria),
-DESARROLLO DE LA CONSULTA:
.Valoración COGNITIVA (Test PFEIFFER), social y del entorno del paciente, si fuera preciso citar algún familiar a cargo
.Valoración FUNCIONAL AVD (BARTHEL)
.Cómo escala de valoración de riesgo de úlceras se implementará la ESCALA BRADEM
-Se proporcionará INFORMACIÓN ESCRITA a los pacientes y/ó cuidadores sobre: causas UPP, medidas de prevención.método del reloj-cambios posturales
-INTERVENCIÓN MEDIANTE EDUCACION:
.Resolver dudas y corregir errores detectados
.Programar una fecha de revisión periódica
.Sesión clínica en nuestro centro para actualizar conocimientos

INDICADORES
.COBERTURA: Nº pacientes incluídos en el programa/nº de pacientes totales en riesgo en el mismo período de intervención
.ACTIVIDAD: nº de pacientes incluídos en el programa a los que se ha realizado la consulta/valoración y entregado la hoja informativa a los 6 meses de iniciada la intervención/nº de pacientes totales incluídos en el programa
.Grado de cumplimiento segú la escala de BRADEM a los 6m de inicio del programa/tasa de cumplimiento inicial
.Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre cuidados preventivos a los 6m del seguimiento del programa/grado de conocimiento inicial
.SATISFACCIÓN: Grado de satisfacción de los usuarios y de los profesionales con el programa de atención sanitaria sobre prevención de UPP
.SEGUIMIENTO: revisión como mínimo cada 6m que podrá variar en función de las necesidades detectadas
EVALUACIÓN: son necesarios para la evaluación el "REGISTRO DE LOS PACIENTES" incluídos en el programa y la copia de la última escala BRADEM realizada para comparar con la anterior

DURACIÓN
-Comienzo del proyecto de mejora el 1 de Septiembre 2018 si es aprobado
-A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando consultas/valoraciónes con los pacientes que se van captando

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0857

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL RUIZ RAFAEL
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
CACHO VAL AURORA
GIL LIGOS MARIA FELISA
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento era la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos para dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo definitivo" en el archivo D.G.A.
Lo primero que hicimos fue ponernos en contacto con Pedro Gutiérrez para que nos explicara el procedimiento a seguir para archivar correctamente estas historias y cómo debíamos proceder a su traslado.
Se nos informó de que la documentación debía de ser a partir del 01/01/2002 y que en el momento del archivo debían haber transcurrido un mínimo de tres años desde el cierre de la historia clínica, teniendo que ser el formato de "archivo definitivo". Había que identificar cada uno de ellos de forma unívoca de manera que fuera fácilmente legible una vez depositado en las estanterías del almacén. Así que ordenamos todas las historias de exitus desde el año 2002 hasta el 2015 y relacionamos el contenido de cada una de las cajas en la "Hoja de Transferencia de fondos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón".
En la hoja de remisión rellenamos los siguientes epígrafes:
número de caja, número de expediente (el AR de cada paciente), fecha final (fecha de fallecimiento) y contenido (nombre y apellidos).
Las relaciones las remitimos por triplicado debidamente firmadas y selladas. Una vez comprobada e inventariada la documentación, el Archivo de la Administración nos ha devuelto una copia de la misma que hemos guardado en nuestro centro como justificante del envío.
No obstante, conservamos este documento en formato electrónico en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido archivar y relacionar todas las historias desde el año 2002 hasta el 2015. Hasta el día de hoy hemos envíado a Pedro Gutiérrez y a su vez él a Magdalena Gómez (Responsable del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón) del año 2002 al 2009, quedando el resto de los años archivados y preparados para su envío cuando así nos lo comuniquen por tener que habilitar espacio en dicho almacén para ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un trabajo costoso porque han sido muchas historias las que hemos tenido que preparar en poco tiempo pero gracias a la colaboración de todo el equipo del proyecto lo hemos conseguido a tiempo. Habiendo quedado espacio en nuestro archivo, objetivo principal del proyecto, seguiremos archivando los exitus de los años siguiente para proceder a su envío cuando corresponda y tener todas las historias en el mismo sitio por si alguna vez son requeridas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/857 ========== ***

Nº de registro: 0857

Título
DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, ADELL RUIZ RAFAEL, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, CACHO VAL MARIA AURORA, GIL LIGOS MARIA FELISA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0857

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EXITUS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ALMACENAMIENTO HISTORIAS

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

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos.

RESULTADOS ESPERADOS
Dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo DGA.

MÉTODO
1.-Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
2.-Contactar con Dirección de AP para llevar a cabo el proyecto
3.-Documentar historia de exitus a partir de 1-1-2002 hasta 31-12-2014

INDICADORES
Almacenamiento de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2012 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierrre de la historia.
El formato será el de "Archivo Definitivo".
Documentarlas en cajas relacionando en la "Hoja de transferencia de fonfos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Conservar este documento en formato electrónico.

DURACIÓN
1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
2.- Creación del circuito: mayo-junio.
3.- Finalización del proyecto primeros de Diciembre de 2018.
4.- Valoración de la actividad realizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IRENE PEÑA LEON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
LATORRE BARRERA SARA
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES
TURRION GONZALEZ JESUS
AGUDO ABAD JARA CARLOTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Una de las primeras cosas que hicimos fue revisar el contenido de maletines de urgencias y carro de paradas. Como estaban creados del proyecto del año anterior, y no recibimos propuestas nuevas sobre ellos, acordamos mantenerlos como estaban así como las revisiones semanales de maletines (lunes y viernes) y mensual del carro.

2. Redactamos un documento sobre la organización de la atención urgente en Atención continuada ante una emergencia tanto en el C. Salud como en exterior/domicilio. En el fondo fue plasmar por escrito la manera en la que estaba organizado el trabajo, que nos pareció correcto tras su análisis y evaluación.

3. Se ha informado de los cursos que han ido surgiendo en materia de urgencias desde el Salud, intentando promover la autoformación. Es verdad, también, que nos han comentado compañeros que han realizado formación en este sentido fuera del Salud.

4. Se han dejado en las salas de urgencias hojas informativas con el protocolo de actuación a seguir ante una RCP y la información relativa al Código Ictus (criterios activación). Además, desde le proyecto PROA se nos ha facilitado a los profesionales del centro las pautas de actuación ante infección urinaria y, dada la utilidad de los mismos y con el fin de unificar la prescripción ante estas patologías, también en Urgencias hemos dejado copia de los mismos en las salas.

5. Se ha intentado, a la par que se atendía el motivo de consulta, educar a la población en el uso de los servicios de Urgencias/A: Continuada.

6.Se procedió a organizar las salas médicas y de enfermería, acotando y marcando el material que tiene que haber en cada una de ellas para facilitar el trabajo y la rápida localización de los materiales en el momento de su uso. La auxiliar es la encargada de la reposición de lunes a viernes, intentando dejar material suficiente para el fin de semana. Si es preciso reponer durante festivos/ fin de semana se encarga el equipo de profesionales trabajando en ese momento.

7. Todas las actuaciones que se llevaron a cabo fueron notificadas en cama momento a través del correo OMI y una vez concretadas y establecidas todas se hizo una sesión de presentación en el centro por parte de la responsable del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El documento que se crea para la atención urgente (emergencia) tanto en C. salud como exterior, además de ser presentado en sesión, se entregó con acuse de recibo para cerciorarnos de que todo el mundo lo recibiera.

2. El 100% de los facultativos y cerca del 90% del profesional de enfermería confirmó haber participado alguna vez en formación patología urgente / RCP.

3. En la sesión relativa a urgencias (y a notificar los cambios realizados en las salas) se recogieron firmas de asistencia con más de un 80% de asistencia de entre los trabajadores

4. Cada mes, desde que en febrero 2018 se creó un documento para revisión de maletines y carro, la responsable del proyecto y de la comisión de urgencias (este año la misma persona) han verificado la realización de dichas revisiones. Siendo de un 90% a día de la emisión de esta memoria para maletines y 85% para carro. Una vez se realiza la revisión mensual se va retirando la hoja de firmas ubicada junto maletines y carro por problemas de espacio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una buena organización del espacio de urgencias, así como documentos por escrito relativos a protocolos/algoritmos/recomendaciones prescripción y actuación ante situaciones de emergencia facilitan el trabajo y ayudan en la Atención Continuada unificando la manera de trabajar entre los diversos profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

que las atienden y teniendo clara a quién compete la actuación urgente en cada momento.

Estamos muy satisfechos en la manera que los diferentes profesionales que trabajan en nuestras Urgencias han acogido las propuestas y las reorganizaciones realizadas. Al principio muchos eran muy reticentes a los cambios, pero una vez visto cómo se trabaja y las facilidades encontradas con la organización de las salas nos han reconocido que era necesario hacerlo y nos han expresado su satisfacción. ¡Conseguido! Trabajamos por, para y en equipo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/637 ========== ***

Nº de registro: 0637

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Autores:
PEÑA LEON IRENE, GIRON ESTRADA VANESSA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, TURRION GONZALEZ JESUS, MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES, AGUDO ABAD JARA CARLOTA, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LATORRE BARRERA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

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

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo 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 - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
CASTILLO PARRA CARMEN
PEÑA LEON IRENE
LOPEZ CORONADO JOSE LUIS
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA
MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Elección de persona responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP: Mª Isabel Belloso Rodanés.
2.- Adhesión de los miembros del EAP al proyecto PROA: hoja de firmas realizada a tal efecto.
3.- Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA a nivel autonómico (13/04/2018).
4.- Realización de actividades de formación sobre uso adecuado de antibióticos realizadas por la responsable del EAP:
-Reunión 05/07/2018- Principios generales PROA, informe de consumo de antimicrobianos en 2017, mapa de resistencias bacterianas, actualización de nuestra Intranet.
-Reunión 16/10/2018- Compromiso con el buen uso de antibióticos.
-Curso "Principios de uso de antibióticos. Puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" (29/11/2018).
5.- Realización de las sesiones clínicas en el Centro de Salud:
—Presentación de la estrategia IRASPROA y del Proyecto PROA (07/06/2018): principios generales, objetivos, importancia del proyecto, indicadores, recomendación de utilización de la Guía Terapéutica de Aljarafe.
—Informe sobre uso de antibióticos en nuestro sector y mapa de resistencias (15/11/2018).
—Reunión de médicos y pediatras para difundir la revisión de las guías de tratamiento de infecciones urinarias y de ITS realizada en el Sector II (13/12/2018).
6.- Asistencia de la responsable de farmacia y PROA a las reuniones del grupo PROA-AP: 31/05/2018, 26/09/2018, 22/11/2018, 20/12/2018.
7.- Colocación de carteles informativos sobre el uso adecuado de los antibióticos en las puertas de las consultas y uno de mayor tamaño en la entrada del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Se cumplen los indicadores de adscripción del EAP al PROA-AP: existencia de persona responsable/referente, suscripción de los principios de PROA por el 100% del equipo (mediante hoja de firmas), realización de tres sesiones/reuniones con amplia asistencia del equipo (>80%).
2.- Concienciación de los profesionales sobre la importancia de realizar una prescripción responsable de antibióticos para evitar el crecimiento de resistencias que constituye un problema sanitario de primer orden. Algunos profesionales manifiestan cambios en su forma de prescribir utilizando la Guía Terapéutica de Aljarafe y el mapa de resistencias del Sector.
3.- Se plantea impulsar la utilización de la prescripción diferida de los antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- El proyecto PROA es bien valorado por el equipo, ha tenido muy buena aceptación y se han conseguido algunos objetivos: cambios en la prescripción, utilización de guías terapéuticas y mapa de resistencias.
2.- Quedan pendientes aspectos importantes como conocer informes de consumo (ya en marcha) y datos de adecuación de prescripción de antibióticos. Partiendo de esta información, se van a poner en marcha actuaciones dirigidas a la mejora de la prescripción (nuevos proyectos).
3.- Es importante impulsar la utilización de test diagnósticos y la prescripción diferida.
4.- En conclusión, se trata de un proyecto con una continuidad y sostenibilidad indiscutibles por la magnitud del problema, por las actividades puestas en marcha y por el respaldo que tiene desde el Salud.

7. OBSERVACIONES.
Además de continuar con el trabajo iniciado en los equipos de Atención Primaria y los hospitales, es importante intensificar la formación de los profesionales, por ejemplo, permitiendo el acceso al curso on line ya iniciado a un mayor número de profesionales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/665 ========== ***

Nº de registro: 0665

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ CORONADO JOSE LUIS, PEÑA LEON IRENE, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, CASTILLO PARRA CARMEN, MIRALLES ROMANILLOS ISABEL, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PEVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
MODREGO MOROS MARIA AMPARO
TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES
LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR
SANZ BURGOS LARA
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las finalidades de este objetivo es acercar al Cerntro Sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud y educarlos en la prevención, salud y en los primeros auxilios.
Nos reunimos el equipo para concretar las fechas de las visitas, exponer el material tanto teórico como práctico y la orgamización de los educadores

Las visitas fueron de 1 hora y media recibiendo a los escolares y profesorado :
- 2º y 3º Infantil Educación Especial Comarcal Moncayo (Diciembre 2018)
- 2º y 3º Infantil Comarcal Moncayo (Diciembre 2018)
- 2º ESO Colegio Nuestra Señora del Pilar (Mayo 2018)
- 2ª ESO Colegio Sagrada Familia (Mayo 2018)
- 2º y 3º Infantil Colegio Joaquín Costa (Marzo y Abril 2018)

Las visitas empiezan dando la bienvenida a los escolares y profesorado y se divide a los niños en grupos máximos de 25;
- En Educación Secundaria: mientras un grupo guía y muestra las distintas dependencias del centro de salud, el otro pasa a la clase teórica y a través de un Power Point se les enseña las prácticas de RCP, desfibrilador, maniobras de Heimlich, 112, posición lateral de seguridad y prevenciones
Seguidamente el equipo sanitario dividido en 2 secciones pasa a la práctica, siendo uno de ellos PLS y Heimlich y otro RCP básica (muñeco para masaje y desfibrilador); tres sanitarios para cada sección
Antes y después hacen un test de 5 preguntas eligiendo 1 de las 3 posibilidades y finalmente un cuestionario de calidad
- En Educación Infantil y Educacón Especial: la enfermera de Pediatría muestra técnicas y aparatología que habitualmente se usa para las revisiones haciendo hincapié de la alimentación y consejos higiénicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la evaluar esta actividad se ha sumado los aciertos de antes y después de las preguntas test que cumplimentaron los niños siendo de un 50 % de fallos antes de las clases teórico/prácticas y un 2% de fallos después de las clases siendo un resultado muy positivo en el aprendizaje de dichas clases

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que la escuela/colegio es un ámbito apropiado para la educación sanitaria y vemos la necesidad de continuar con este proyecto.
El cuestionario de calidad demuestra la implicación de los niños para el aprendizaje y la impresión en general ha sido muy buena

7. OBSERVACIONES.
En cuanto a los niños de Educación Infantil, quedaría pendiente para próximas visitar el elaborar un dibujo que refleje sus impresiones y dichos dibujos quedarían expuestos en la entrada del Centro de Salud

*** ========== Resumen del proyecto 2018/935 ========== ***

Nº de registro: 0935

Título
EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LASHERAS GARCIA JULIA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, MODREGRO MOROS MARIA AMPARO, TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES, LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR, SANZ BURGOS LARA, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PEVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde hace 4 años, varios colegios e institutos de Tarazona acuden a visitar el C.Salud para conocer sus instalaciones y servicios.
Los profesionales hemos querido aprovechar estas visitas ya consolidadas para realizar talleres para la Educación en hábitos Saludables, Prevención de Accidentes y Adiestramiento en primeros auxilios. Creemos que el C.Salud es es el espacio idóneo para ello.
El presente proyecto queda incluido dentro del proyecto comunitario del acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:

-niños de Educación Infantil y Primaria (Colegio Comarcal Moncayo y Joaquín Costa, Colegio Ntra Sra Del Pilar y Colegio Sagrada Familia).
-niños de la ESO (Nuestra Señora del Pilar, colegio Sagrada Familia e Instituto Jesús Rubio).
-niños de Educación Especia (Colegio Comarcal Moncayo)

Los objetivos serán distintos según las edades de los niños, en general queremos que todos sepan reconocer las situaciones de riesgo vital, enseñar a activar el sistema de emergencias .

En niños de la ESO: Les entrenaremos a aplicar precozmente la RCP básica y primeros Auxilios.

En niños de infantil y Primaria siendo un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, les enseñaremos a prevenirlos y cómo actuar ante ellos.

Intentaremos concienciar y educar sobre los beneficios de distintos hábitos saludables a través de unos conocimientos básicos sobre la influencia de la alimentación y el ejercicio físico en la salud y en su defecto de los graves problemas que se derivan del abuso de determinados alimentos,del sedentarismo y el consumo de sustancias tóxicas .

MÉTODO
Mayo 2018: reunión semanal
REUNION del grupo de mejora para determinar :

-Responsable de realizar recorrido en el c- salud.
-Responsables del Taller de RCP.
-Responsables del Taller para niños de infantil y Primaria.
-Responsables del Taller de Educación en hábitos saludables.

Realizar invitación a los distintos Colegios e Institutos de Tarazona

INDICADORES
Niños de infantil: se les da un cuestionario con tres iconos: positivo, neutro y negativo.

Niños de Primaria: se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

Niños de la ESO. Se les da un pretest y un postest adecuado para los niños y para valorar los conocimientos adquiridos.

DURACIÓN
Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar .
En Mayo : visita prevista de alumnos de la ESO (2º de la ESO del Colegio Ntra Sra Del Pilar el 25/05/2018)
Estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Fecha inicio del proyecto: Mayo 2018
Finalización del proyecto: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PEVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1205

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO MODREGO MOROS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLANUA BONET MARIA TERESA
LATORRE BARRERA SARA
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
LASHERAS GARCIA JULIA
PASCUAL ZALDIVAR JULIA
GIL LAHOZ MARIA PILAR
SANCHEZ DIAZ RAFAELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 11/05/18 elaboramos y distribuimos folletos informativos por el Centro de Salud.
El 31/05/18 las componentes del grupo andamos el trayecto elegido valorando el piso, tránsito de vehículos y longitud. Elaboramos calendario de turnos de paseos.
El 06/06/18 hacemos una charla informativa con los interesados explicando en qué consiste,objetivos, ropa adecuada, día de comienzo y lugar de encuentro.
Julia Pascual, enfermera de Malón, lo hace en su consultorio de Malón.
El 14/06/18 iniciamos los paseos en Tarazona con 18 participantes. Hacemos calentamientos, paseo y estiramientos.
Se realizan los paseos todos los jueves,según calendario, hasta el 08/11/18, excepto festividades locales (semana del Pilar y semana del 27/08/18).
El 19/06/18 inician los paseos en Malón con 10 participantes. Pasean todos los martes acompañados de Julia Pascual, excepto en su periodo vacacional que lo hace el grupo sin acompañante.
Los paseos terminan el 16/10/18 con 6 participantes en Malón porque éstos prefieren pasear a horas mas cálidas.
En Tarazona, finalizan el 08/11/18 con 10 participantes.
Pasamos encuesta de satisfacción el último día.
En Enero 2019 contactamos vía telefónica con los participantes para computar cuantos continúan paseando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al final del proyecto continúan paseando en Tarazona 10 de los participantes iniciales (55,55%) y en Malón, 6 (el 60%), alcanzo así el objetivo marcado.
A los 7 meses continúan paseando sin responsable el 75% de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los participantes han aprendido los ejercicios de calentamiento y de estiramiento.
El 100% de los participantes se han sentido cómodos con el grupo y les ha gustado la actividad.
La información del proyecto sólo llego a personas que acudían al centro de salud, en caso de continuar con el proyecto, publicitaríamos a nivel de redes sociales y de radio local para mayor difusión y captacion.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1205 ========== ***

Nº de registro: 1205

Título
PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S DE TARAZONA

Autores:
MODREGO MOROS MARIA AMPARO, VILLANUA BONET MARIA TERESA, LATORRE BARRERA SARA, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LASHERAS GARCIA JULIA, PASCUAL ZALDIVAR JULIA, GIL LAHOZ MARIA PILAR, SANCHEZ DIAZ RAFAELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1205

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La nueva conducta de sedentarismo o inactividad física se han relacionado de manera constante, con un aumento de la mortalidad general y por diferentes causas (incluida la cardiovascular). Por tanto, cada vez es más evidente la necesidad de combatir la conducta de sedentarismo o inactividad física para reducir la incidencia de todos los problemas de salud con los que está relacionada.
Para ello se cuenta con dos intervenciones: el consejo sanitario para aumentar los niveles de actividad física y la prescripción de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de realizar paseos cardiosaludables desde el centro de Salud servirá como apoyo a todos los profesionales del EAP a la hora de prescribir ejercicio físico entre los pacientes en las consultas de enfermería y medicina.
La prescripción de ejercicio es ayudar a las personas a incrementar su · nivel de actividad física habitual. Los objetivos específicos de la prescripción de ejercicio varían en función de los intereses de la persona, sus necesidades, entorno y estado de salud. En la mayoría de los casos se prescribe ejercicio para: 1) mejorar la condición física, 2) mejorar la salud reduciendo el riesgo futuro de desarrollar o volver a padecer ciertas enfermedades, y 3) mejorar la seguridad al hacer ejercicio.
Con los paseos saludables se favorece la socialización de las personas .
La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que pertenezca a la zona básica de Salud de Tarazona.
Los paseos se realizarán en Tarazona y en Malón.

MÉTODO
-Reunión para realizar equipos para realizar los paseos . Mayo 2018
- Captar a los pacientes desde las consultas de EAP . Mayo 2018
-Se realizan carteles informativos, que se distribuyen por el C.Salud. Mayo 2018
-Recoger desde Admisión la lista de las personas que quieren participar en la actividad para poder revisar las enfermedades crónicas de dichos pacientes
-Charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad, explicando recorrido, la ropa que hay que llevar. Junio 2018
-Iniciar los paseos en Junio.

INDICADORES
-Encuesta de satisfacción al finalizar los paseos.
-Primer mes: Registrar el número de pacientes que salen a pasear desde el C.Salud.
- A los 5 meses: Registrar el número de pacientes que se mantienen al finalizar el proyecto. (Qué el 50% de los pacientes que iniciaron los paseos sigan paseando con los responsables).
-A los 7 meses: ver la continuidad del grupo sin salir a pasear con los responsables.

DURACIÓN
Establecer un día a la semana con un horario concreto . Punto de encuentro: El centro de Salud de Tarazona y Consultorio de Malón.
Cada día irán 2 responsables del grupo de mejora para organizar los paseos, (en Malón sólo irá un responsable)
Duración: Inicio junio 2018- Noviembre 2018
En principio nos gustaría que fuese un proyecto de 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 - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
ZUECO OLIVAN GEMMA
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29/11/18: Formación sobre dermatoscopia en el Centro de Salud de Tauste
20/12/18: Reunión en Hospital Clínico para formación en dermatoscopia del coordinador del proyecto y presentación del proyecto de teledermatología
21/12/18: Reunión de equipo para explicar el proyecto de teledermatología y nociones básicas en dermatoscopia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han adquirido conocimientos básicos en dermatoscopia por parte del equipo, para poder diferenciar la patología maligna que precisa valoración urgente de la patología que se puede demorar su valoración
- El equipo ha tenido acceso durante un tiempo limitado al uso de un dermatoscopio y el interés de los profesionales por valorar las lesiones con el mismo, ha aumentado tras las formaciones realizadas
- Se ha comenzado a adquirir destreza en el manejo de dermatoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El interés de los profesionales por valorar las lesiones hiperpigmentadas con el dermatoscopio, ha aumentado tras las sesiones de formación.
- Queda pendiente la dotación de dermatoscopio al equipo y la puesta en marcha del proyecto de teledermatología.
- Una vez que se disponga de este elemento, es de esperar que mejore la derivación de las lesiones al servicio de dermatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/671 ========== ***

Nº de registro: 0671

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Autores:
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LOPEZ FRANCES ANTONIO, ZUECO OLIVAN GEMMA, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

MÉTODO
Formación de al menos 1 profesional del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Valoración de las lesiones mediante dermatoscopio, previo a su envío a Dermatología, si procede.

INDICADORES
-Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 3). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de médicos que han acudido a al menos 2 sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 1%, en el cupo del profesional que ha recibido formación por parte del sector). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
-Formación de los profesionales responsables: Fechas que establezca la Dirección del Sector
-Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Solicitado en el Plan de Necesidades de 2018. Pendiente de adjudicación de presupuestos.
-Sesiones formativas del Equipo: Se realizarán con posterioridad a la recepción del Dermatoscopio y a la formación recibida por el responsable del proyecto.

OBSERVACIONES
En principio se va a incluir uno de los cupos de medicina, que será el evaluado, aunque la práctica se extenderá al resto de profesionales, con la peculiaridad de los consultorios periféricos, dado que la ubicación del Dermatoscopio va a ser la cabecera del centro de salud.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
ZUECO OLIVAN GEMMA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Actividades: este proyecto tiene como objetivo mejorar el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Tauste. Es el proyecto estratégico estrella del sector III para 2018. Según la casuística existe una baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales y una baja implicación en el proceso de control y seguimiento de la IC. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
La Insuficiencia Cardíaca tiene una prevalencia del 1-2 % en la edad adulta y aumenta a más del 10 % en personas mayores de 70 años. La mortalidad al año del diagnóstico es del 7 % en los pacientes estables y del 17 % en los que han estado ingresados. Con estos datos tomamos conciencia de la importancia de esta patología y de la pertinencia de su adecuado manejo desde AP.
Inicialmente, el día 9/4/2018, tuvo lugar la presentación del proyecto al EAP de Tauste en una reunión entre los integrantes del equipo donde se explicó el acuerdo de gestión firmado para el año 2018 y en la que se expusieron los diferentes proyectos.
En una posterior reunión celebrada el día 26/4/2018 se adjudicaron los proyectos a las personas más interesadas en cada uno de ellos. En el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca,la población diana era toda aquella que estaba en los listados facilitados desde el Servicio de Farmacia del sector III del Salud correspondiente a la zona básica de salud de Tauste que estuvieran codificados en OMI con el código K77.
Una de las claves del buen funcionamiento del Proyecto en cuestión, es la adecuada codificación a través de OMI del diagnóstico de IC, ya que si no los listados facilitados, incluirían diagnósticos variados y se desvirtuaría el resultado final. Para ello en la sesión del 26/4/2018 se hizo un repaso completo sobre la forma correcta de codificar la IC en OMI para evitar errores que conllevaran resultados finales erróneos.
Se solicitó colaboración al Servicio de Cardiología de referencia para nuestro CS, y se desplazó a Tauste el Dr. Monzón, Cardiólogo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza para impartir una charla sobre los aspectos más prácticos de la Insuficiencia Cardíaca el día 9/5/2018 .
Se convocó a una sesión al estamento de Enfermería de la zona básica para elaborar un plan de medición de variables intermedias de proceso relativo a insuficiencia cardíaca consistente en planes de cuidados, planes estandarizados e implicación del paciente en el manejo y control de los síntomas de la IC . Todo ello se pudo articular a través de las diferentes herramientas del programa OMI .
Asimismo el día 3/12/2018 tuvo lugar una sesión clínica por mi parte para repasar los aspectos más dudosos acerca del abordaje de la Insuficiencia Cardíaca desde que se inició el Proyecto en Mayo 2018. Al inicio del proyecto se expusieron distintas Guías de Práctica Clínica para intentar consensuar los apartados más interesantes de cada una de ellas y adaptarlos a la forma de trabajar en Atención Primaria. Para ello se consultaron las siguientes publicaciones:
* Consenso 2017 de la ACC (American College of Cardiology) sobre el manejo de la Insuficiencia Cardíaca.
* Guía de Práctica Clínica sobre tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca crónica elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2016.
* Guía ESC (Sociedad Europea de Cardiología) 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca aguda y crónica. * Manual práctico del manejo integral del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, 4º edición; del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.
El desarrollo de todo este proyecto se le comunicó al Consejo de Salud de la zona en Septiembre 2018 dando su conformidad y satisfacción por su implementación y el beneficio que iba a aportar a la población de referencia.

2.- Calendario: Se estableció un calendario a desarrollar desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018 incluyendo reuniones de EAP para seguimiento de las actividades, preparación de las sesiones, aportación de ideas a desarrollar, reunión del Consejo de Salud, etc…

3.- Recursos empleados: Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de la AP.

4.- Acciones realizadas: Como mejora de las actividades preventivas se propuso como actividad comunitaria, Grupos de Ejercicio Físico durante el verano 2018 consistente en paseos saludables de familiares y pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

con IC acompañados de 2 enfermeras del centro de salud cambiando el itinerario cada día y siempre por terreno lo más llano posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Estándar marcado:
* Reducción de las visitas al Servicio de Urgencias Hospitalarias en el centro de referencia de nuestra zona básica de salud, en este caso, el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza., dirigidos a la población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables. Para ello se propone la medición del siguiente indicador:
Nº Ingresos potenciales / Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%.
* Potenciación de los cuidados en IC: se recomienda el siguiente indicador, Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10 % en vacunación antigripal con respecto al año anterior.
* Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada. El objetivo es un aumento del 5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior. Recientemente se ha elaborado el nuevo Calendario de Vacunación del Adulto en donde se recomienda la vacuna antineumocócica polisacarídica de 23 serotipos a todas las personas que cumplan los 65 años de edad durante el año en curso y no hayan recibido una dosis en los últimos 5 años. Por parte de Enfermería se ha elaborado un protocolo para vacunar a todos estos pacientes ya que se ha facilitado el envío de las vacunas del Neumococo a los Centros de Salud.
* Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida.
* Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%.
* Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida.
* Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida.

2.- Impacto: A falta del pertinente análisis estadístico de los datos durante el año 2018, nuestra percepción subjetiva es que ha mejorado la identificación y el control de los síntomas de descompensación de la IC por parte de pacientes y familiares, así como el manejo de las dosis de diuréticos para control de edemas / disnea.

3.- Indicadores: a la espera de que el trabajo desarrollado en el Proyecto de IC del Centro de Salud, se refleje en los indicadores señalados como objetivos; para ello solicitaremos se nos envíen estos resultados una vez se procesen los datos por parte del Servicio de Farmacia del Sector III.
En cuanto a los listados de pacientes en tratamiento con Calcio-antagonistas y con Beta-bloqueantes, han sido requeridos en 2 ocasiones al Servicio de Farmacia del Sector III, sin conseguir que los enviaran para poder revisarlos y adecuar a cada paciente su tratamiento de forma más personalizada y de acuerdo a las GPC que hemos manejado en el Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La IC es una patología que se puede abordar desde AP dada su alta prevalencia entre la población mayor de 65 años, ya que disponemos de los conocimientos suficientes tanto para su diagnóstico como para su tratamiento y seguimiento de posibles complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/763 ========== ***

Nº de registro: 0763

Título
MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de A.P.
Actividad: Intentar identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido. Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

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

MÉTODO
Cambios en la práctica clínica: Implementar el conocimiento y uso de la GPC-
Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos con Medicina Interna.
Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

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

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.

2. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
3. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
GUILLEN GALVE MARIA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año se realizaron varias sesiones en relación con el proyecto para facilitar la concienciación del buen uso de antibióticos en las diferentes patologías.
1. Sesión de presentación del programa PROA-AP.: 16/04/18
2. Sesión de revisión de tratamientos antibioticos en las infecciones respiratorias altas y bajas.: 22/05/18
3. Sesión de revision de tratamientos antibioticos en las infecciones urinarias.: 04/06/18
4. Revisión de tratamientos antibióticos en niños (otitis, faringoamigdalitis...) : 10/09/18
5. Decálogo del programa IRASPROA. Compromiso d los profesionales con los principios de buen uso de antibióticos.: 05/11/18

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales reconocen el uso de guías de uso de antibióticos presentadas a lo largo del año, con lo que se reduce la utilización de antibióticos. Aunque no tenemos datos objetivos, si es la sensación subjetiva de todo el equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El haber entrado en el proyecto ha servido para concienciar al personal del equipo del buen uso de los antibióticos en las diferentes patologías infecciosas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/781 ========== ***

Nº de registro: 0781

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
ASTIER PEÑA MARIA PILAR, LOPEZ FRANCES ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, GUILLEN GALVE MARIA, BANDRES OLIVAN TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

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

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 60%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUILLEN GALVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
CARRERAS GIRALDA ANTONIO
BELLO GIL JOSE LUIS
TENA DOMINGO INMACULADA
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE ORGANIZACION

OCTUBRE 2017
Reunión en Consulta de Pediatría del Centro de Salud, de Pediatra y Enfermera de Pediatría con la Directora de la Escuela Infantil de Tauste, esta ultima plantea si desde el Servicio de Pediatría podemos colaborar y asesorarles respecto al tema de alimentación infantil, para que ellos a su vez expliquen a los padres que alimentos deberían llevar los niños para realizar unas " Meriendas Saludables ".

NOVIEMBRE 2017
El Servicio de Pediatría del Centro de Salud solicita por teléfono una reunión con el Equipo Directivo del Colegio Publico Alfonso I de Tauste para solicitar su colaboración y explicar en que consiste este proyecto, se fija fecha.
Este proyecto podría hacerse extensivo a los Colegios de Novillas y Pradilla, pueblos que pertenecen al EAP de Tauste.

Reunión en el Colegio de Equipo Directivo, Pediatra y Enfermera de Pediatría de Tauste, donde se firma el "Modelo de Acuerdo entre el Centro de Salud y Centros Educativos para la Promoción de la Salud", estableciéndose la justificación, objetivos, actuaciones, interlocutores y evaluación para llevar a cabo este proyecto.

A LO LARGO DE LOS CURSOS ESCOLARES 2017- 2018 y 2018-2019
Se realizan distintos contactos telefónicos quedando establecidas las fechas de realización de las acciones o intervenciones realizadas.

FORMACIÓN
La Responsable del proyecto asistió en 2017 a los cursos de Atención Comunitaria del Sector 3 Zaragoza y de ellos aporta información por escrito al Colegio de una Guía de un Proyecto de Salud Comunitaria, colaboración con Centros Educativos, integración en la Agenda Comunitaria del Centro de Salud, así mismo se da Información de la Convocatoria de Acreditación de Centros Escolares como Escuela Promotora de Salud (BOA) y funcionamiento de SARES

DOTACIÓN DE RECURSOS
Lugares de realización de Actividades:
CP Alfonso I (Clases y Biblioteca)
Centro de Salud de Tauste
Materiales:
Material sanitario, laminas y dibujos, fichas escolares, reactivos para realización de Taller Lavado de Manos, proyectores, ordenadores, peluches, ambulancia de la zona.
Recursos Humanos.
Profesorado del Colegio, profesionales del Centro de Salud y Técnicos de Ambulancia que colaboraron en un taller.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO
Difusión Interna al EAP en Reuniones de Equipo, explicando la inclusión del Proyecto en Acuerdo de Gestión de 2018 y evolución del proyecto así como envío de fotografías y videos de los talleres realizados en un grupo de WhatsApp interno de los trabajadores del EAP Tauste.
Difusión Externa al Consejo de Salud de la Zona dado que en las distintas sesiones se aporta información de todo lo referente a Atención Comunitaria del Centro de Salud.

INTERVENCIÓN ACCIONES REALIZADAS
OCTUBRE 2017
Contactos telefónicos y reuniones en Consulta de Pediatría del Centro de Salud, de Pediatra, Enfermera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Pediatría y Directora de Escuela Infantil Tauste, quedando establecido un Modelo de " Meriendas Saludables" que la Directora de la Escuela trasmite a los padres al respecto.
Se hace extensiva la colaboración en otros temas por parte del Servicio de Pediatría mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.

NOVIEMBRE 2017
Pediatra y Enfermera de Pediatría acuden al Colegio Alfonso I de Tauste a impartir un Taller sobre " El Resfriado y Hábitos Saludables "
Se hace en horario escolar a las 3 clases de 1º de Educación Infantil por separado
Colabora el profesorado de las 3 clases, proyectando un breve vídeo en relación al tema. Se aporta por parte de Pediatría laminas de dibujos explicativos, material sanitario y peluches para practicar con los niños haciéndoles partícipes en el taller.

MARZO 2018
En el CP San Nicasio de Novillas la Medico de Familia y Enfermera acuden a colaborar con la Maestra de Educación Infantil en el Proyecto que se está llevando a cabo en el aula " El Cuerpo Humano y mi Pediatra"

JUNIO 2018
Se imparte el Taller de "Lavado de Manos" por Pediatra, Enfermera de pediatría y un Medico de Familia del EAP.
Se lleva a cabo en la Biblioteca del Centro Escolar de Tauste impartiéndose a 2 grupos por separado uno de 2º y otro de 3º de Educación Infantil.
Se proyecta una sesión didáctica y se lleva material necesario con reactivos practicando con los niños.

ENERO 2019
2 grupos de unos 15 niños cada uno de 3º de Educación Infantil del CP Tauste visitan el Centro de Salud acompañados por sus profesoras
Se hace un paseo explicativo para que conozcan a los profesionales que trabajan en el centro y las funciones que desempeñan.
La Pediatra y Enfermera de Pediatría los guían por Admisión, zona de Medicina General, Matrona, Fisioterapia, Urgencias y Consulta de Pediatría donde realizan un simulacro de consulta haciendo ellos el papel de pediatra enfermera y paciente.
Así mismo se les enseña por adentro y por fuera la ambulancia del 061 del Centro Base.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se obtenido unos resultados de impacto, la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar facilita la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, aumentando las competencias en salud de los escolares y permitiendo que haya un acercamiento entre el ámbito escolar y sanitario.

El colegio público Alfonso I de Tauste ha pasado a ser Escuela Promotora de Salud lo cual nos parece muy importante para la sostenibilidad del proyecto.

Los Indicadores utilizados han sido:
Nº de Reuniones (6)
Nº de Talleres Realizados (4)
Nº de Profesionales, los descritos en esta memoria.
Fichas escolares y dibujos donde se plasma lo aprendido antes y después de la realización del taller.
Encuesta de satisfacción y resultados del proyecto a profesores y profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería buena la realización de una Agenda Comunitaria del Centro de Salud para una mejor organización de estos proyectos, sigue faltando conocimiento de la Atención Comunitaria en si.
El proyecto nos parece sostenible y útil, sobre todo ahora que el Colegio ha pasado a ser Escuela Promotora de Salud.

7. OBSERVACIONES.
Es importante que haya apoyo por parte de las Gerencias y EAP para el mejor desarrollo de estos temas comunitarios ya que a veces requiere mucho esfuerzo a nivel personal de los participantes

*** ========== Resumen del proyecto 2018/788 ========== ***

Nº de registro: 0788

Título
SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, TENA DOMINGO INMACULADA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del Centro de Salud de Tauste de 2018, se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las actividades comunitarias, nos parece útil, con posibilidad de buenos resultados y capacidad de continuación en el tiempo.
El proyecto surge de manera bidireccional:
Por una parte al inicio del curso escolar 2017 – 2018 la Escuela Infantil de Tauste solicita la colaboración del equipo de Pediatría para fomentar hábitos de salud saludables en cuanto a la alimentación ofrecida en dicha escuela.
Por otra parte el equipo de Pediatría, se plantea la realización de un proyecto de colaboración con los centros educativos de la zona, participando conjuntamente con el profesorado y actuando sobre el alumnado, fomentando medidas y comportamientos saludables que mejoren la salud y bienestar de los escolares y apoyando su participación en el cuidado de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a promover la salud de la comunidad educativa.
Se justifica el proyecto, dado que la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar, hace posible realizar un abordaje global facilitando la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables aumentando las competencias en salud de los escolares, permitiendo además que haya un acercamiento entre ámbito escolar y sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un marco de acercamiento y colaboración coordinada entre el EAP y centro educativo que permita asegurar la sostenibilidad de estas actuaciones, fomente un entorno saludable y aumente las competencias en salud de los escolares y profesorado.
Se plantea que el proyecto sea el paso previo a que el CEIP Alfonso I se convierta en Escuela Promotora de Salud.
La actividad va dirigida a la población de la Escuela Infantil, niños de 3 meses a 3 años, a través de su profesorado
A nivel escolar en los CEIP Alfonso I de Tauste y San Nicasio de Novillas se trabaja con niños de Educación Infantil.
Según el tipo de actividad se trabajará con clases individualizadas o en grupos.

MÉTODO
Reuniones y contactos telefónicos Escuela Infantil de Tauste y Pediatría para establecer pautas de alimentación saludable, haciéndose extensiva la colaboración en otros temas mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.
Reunión Pediatría con equipo directivo del CEIP Alfonso I de Tauste, estableciendo el Modelo de Acuerdo entre Centro de Salud y Educativo para la promoción de la Salud, identificando los objetivos e intervenciones educativas que se realizarán a lo largo de los cursos 2017-2018 y 2018-2019, trabajando
con metodologías participativas, aplicando técnicas en grupos pequeños.
Pediatra y enfermera acudirán a las clases de 1ªEducación Infantil (3 clases de unos 15 alumnos) para impartir unos talleres y trabajar con los escolares y profesores de dichas clases, sobre “El resfriado y hábitos saludables“. Se lleva material sanitario, láminas de dibujos y peluches para practicar con los niños.
Pediatra, Enfermera y Médico de Familia impartirán otro taller sobre “higiene de Manos” en la Biblioteca del Centro Escolar con material necesario para su desarrollo, 2 grupos, uno con niños de 2º y otro de 3º de infantil.
Visitas de escolares al Centro de Salud para conocer las instalaciones, servicios, profesionales que trabajan en él y funciones que desempeñan, se enseñarán espacios y materiales de Admisión, Pediatría, Medicina, Matrona, Fisioterapia y Urgencias.
Médico y Enfermera de Novillas (Consultorio de la ZBS de Tauste) imparten un taller con la profesora de Infantil dentro de un proyecto del colegio “El cuerpo humano y mi pediatra”. Se intentará que alumnos puedan ir al consultorio a conocerlo.
Comunicación del Proyecto y sus fases evolutivas periódicamente al EAP de Tauste y Consejo de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

INDICADORES
Nº de reuniones realizadas con Centros Educativos que participan en el Proyecto
Nº de Talleres impartidos
Nº de Participantes
Fichas escolares y dibujos donde se plasma la realización de lo aprendido comparativamente antes y después del taller realizado o visitas escolares- sanitarias
Encuesta a profesores y profesionales participantes de satisfacción y resultados obtenidos con el proyecto

DURACIÓN
Oct Nov 2017 Reuniones Escuela Infantil Tauste y Pediatría
Oct Nov 2017 Reunión CEIP Tauste y Pediatría -
Realización 1er taller
Mar 2018 Taller en CEIP Novillas
Jun 2018 2ºTaller en Colegio Tauste
Oct Nov 2018 Visitas de escolares a centro de Salud

OBSERVACIONES
Colaboración del EAP para cubrir las ausencias de profesionales intervinientes

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
TENA DOMINGO INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se ha confeccionado un protocolo interno para la gestión de la Atención Urgente de nuestro centro, donde constan los criterios para la activación de los profesionales, contemplando también situaciones excepcionales como la ausencia del profesional correspondiente por causas no previsibles o que el sujeto sea un desplazado ajeno a nuestra zona de salud.
2- Se ha creado igualmente un documento interno para la gestión de incidencias del personal de guardia.
3- Se ha diseñado también un protocolo interno sobre el carro de parada y el maletín de urgencias, donde consta el contenido, la distribución y la cantidad de cada fármaco, material instrumental o material desechable.
4- Se ha creado una tabla para la asignación de los profesionales del EAP para la supervisión y mantenimiento de los diferentes items de la sala de urgencias.
5- En relación al proyecto, en 2018 hemos realizado en el centro las siguientes sesiones y talleres:
SESIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE ECG EN URGENCIAS
TALLER DE RCP EN ADULTO Y NIÑO (2 DIAS)
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIÑO (DIRIGIDO A GRUPO DE CRIANZA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la creación de un documento explícito, se han clarificado los criterios de asignación de profesionales para la Atención Urgente, tanto dentro como fuera del centro de salud, incluyendo situaciones excepcionales.
También se redactó un documento donde se explicaban los pasos a seguir ante una posible indisposición del personal de guardia.
Asociadas al protocolo del carro de parada, se han realizado unas fotos que se han colocado en la pared anexa, para identificar con rapidez la distribución del material en cada uno de los cajones.
Igualmente se ha colocado junto a la camilla de urgencias la última actualización del manejo de la PCR (AHA 2018).
Se obtuvo una asistencia masiva de profesionales del EAP (> 80%) a las sesiones de actualización de ECG y RCP.
Como actividad social se realizó un taller de primeros auxilios en el niño, dirigido a padres y cuidadores, con una gran acogida y asistencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la Atención Urgente es preciso tener los conceptos claros, tanto en la activación de recursos como en la asistencia médica. Con el documento interno que hemos creado, se ha pretendido simplificar el primer aspecto y con las sesiones y talleres, una actualización teórico-práctica adecuada.
Con el mantenimiento y supervisión de los items de la sala de urgencias por todos los profesionales, hemos pretendido conseguir un contacto directo periódico que genere una familiaridad que después agilice las actuaciones que pueda precisar una Atención Médica Urgente.
Finalmente reseñar que tuvimos una gran acogida por parte de padres y cuidadores habituales en la sesión sobre primeros auxilios en el niño, dicha sesión fué impartida por la pediatra y la matrona. En dicho taller se dieron también pautas básicas ante situaciones frecuentes en el niño, tales como fiebre, tos, diarrea,... dirigido sobretodo a hacer un uso adecuado del servicio médico de atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/896 ========== ***

Nº de registro: 0896

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BANDRES OLIVAN TERESA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

```
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo 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 - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 02/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
TENA DOMINGO INMACULADA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se ha confeccionado un protocolo interno para la gestión de la Atención Urgente de nuestro centro, donde constan los criterios para la activación de los profesionales, contemplando también situaciones excepcionales como la ausencia del profesional correspondiente por causas no previsibles o que el paciente sea un desplazado ajeno a nuestra zona de salud.
2- Se ha creado igualmente un documento interno para la gestión de incidencias del personal de guardia (tanto en días laborales como en festivos). En él se hace hincapié, en que el profesional indispuesto no podrá abandonar el puesto de guardia (salvo situaciones de causa mayor y previa comunicación al centro regulador del 061) hasta que llegue otro compañero.
3- Se ha diseñado también un protocolo interno sobre el carro de parada y el maletín de urgencias, donde consta el contenido, la distribución y la cantidad de cada fármaco, material instrumental o material desechable. Después de cada uso hay que reponer todo el material utilizado y proceder a precintar de nuevo el carro.
4- Se ha creado una tabla para la asignación de los profesionales del EAP para la supervisión, mantenimiento y revisión de caducidades de los diferentes items de la sala de urgencias (maletín, carro de curas, medicación oral, medicación inyectable, carro de parada, material de suturas,...) en la que en cada mes un miembro del EAP se encargará de la revisión de los apartados que le hallan sido asignados.
5- Durante 2018 se han realizado en el centro las siguientes sesiones y talleres:
SESIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE ECG
TALLER DE RCP EN ADULTO Y NIÑO (2 DIAS)
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIÑO (DIRIGIDO A GRUPO DE CRIANZA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la creación de un documento explícito, se han simplificado los criterios de asignación de profesionales para la Atención Urgente, tanto dentro como fuera del centro de salud, incluyendo situaciones excepcionales.
También se redactó un documento donde se explicaban los pasos a seguir ante una posible indisposición del personal de guardia.
Anexo al protocolo del carro de parada, se han realizado unas fotos que se han colocado en la pared junto a él, para identificar con rapidez el contenido y la distribución del material en los diferentes cajones.
Igualmente se ha colocado junto a la camilla de urgencias, un póster con la última actualización del algoritmo de RCP (AHA 2018).
Se obtuvo una asistencia masiva de profesionales del EAP (> 80%) a las sesiones y talleres de actualización de ECG y RCP.
Como actividad social se realizó un taller de primeros auxilios en el niño, dirigido a padres y cuidadores, con una gran acogida y asistencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la Atención Urgente es preciso tener los conceptos claros, tanto en la activación de recursos como en la asistencia médica. Con el documento interno que hemos creado para la activación de profesionales se ha pretendido simplificar el primer aspecto y con las sesiones y talleres, una actualización teórico-práctica adecuada.
Con el mantenimiento y supervisión de los items de la sala de urgencias por todos los profesionales, hemos pretendido conseguir un contacto directo periódico que genere una familiaridad que después agilice las actuaciones que pueda precisar una Atención Urgente.
Finalmente reseñar que tuvimos una gran acogida por parte de padres y cuidadores habituales en la sesión sobre primeros auxilios en el niño, en la que también colaboraron la pediatra y la matrona de nuestro EAP. En dicho taller se dieron también pautas básicas ante situaciones frecuentes en el niño, tales como fiebre, tos, diarrea,... dirigido sobretodo a hacer un uso adecuado del servicio médico de atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/896 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Nº de registro: 0896

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BANDRES OLIVAN TERESA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo 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 - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO CALAVIA SARNAGO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
AZNAR VIDALLER CARMEN
LOIDI PLA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- JULIO 2018: Elaboración por parte de Gema Galindo y Diego Calavia, del documento a entregar a los pacientes, en el momento de citarse para primera consulta de Fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de C.S. Univérsitas y C.S. Delicias Sur, en el servicio de Admisión de su Centro de Salud. En esta nota se les explica a los pacientes cómo deben anular su cita, en el caso de que no puedan asistir a la misma y además, trata de concienciarles de que lo hagan en beneficio de todos.

2- JULIO 2018: Comunicación de Gema Galindo y Diego Calavia mediante reunión o mediante e-mail con los Jefes de Admisión de los Centros de Salud: Univérsitas, Delicias Norte, Oliver, Delicias Sur, La Bombarda y Valdefierro, para recordar a los administrativos del servicio de admisión, la importancia de asegurarse de que todos los pacientes recogen y entienden el documento citado en el anterior apartado, en el momento de citarse para la primera consulta de Fisioterapia.
A los pacientes se les empieza a entregar dicho documento a partir del 1 DE AGOSTO DE 2018.

3- JULIO 2018: Elaboración por parte de Gema Galindo y Diego Calavia de un documento para facilitar a los MAP de los respectivos Centros de Salud, en el que se les explica de la problemática existente en cuanto a las ausencias a la primera consulta de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de C.S. Universitas y C.S. Delicias Sur. Además en este documento se les recuerda la existencia del Procedimiento de Atención Fisioterápica del Sector III y del Protocolo de derivación a las Unidades de Fisioterapia de AP, para tratar de que las derivaciones sean lo más correctas posibles, priorizando los problemas agudos respecto a los crónicos.

4- JULIO 2018: Comunicación de Gema Galindo y Diego Calavia mediante reunión o mediante e-mail con los Coordinadores Médicos de los Centros de Salud: Univérsitas, Delicias Norte, Oliver, Delicias Sur, La Bombarda y Valdefierro, para facilitarles el documento anteriormente citado, y solicitarles que faciliten dicho documento a los MAP de sus correspondientes centros.

5- 2 DE NOVIEMBRE 2018 – 26 DE FEBRERO DE 2019: registro por parte de Gema Galindo, Maria Angeles Loidi, Carmen Aznar y Diego Calavia, del nº de pacientes citados en primera consulta de fisioterapia especificando el nº de incomparecencias, en las respectivas Unidades de Fisioterapia de C.S Universitas y C.S Delicias Sur.
En este punto modificamos el calendario previsto y comenzamos con la recogida de datos en el mes de noviembre, en lugar de empezar en el mes de septiembre como teníamos previsto. Ésto lo hicimos debido a que a los pacientes se les empezó a entregar el documento en admisión, en el momento de citación para primera consulta de fisioterapia, el 1 de agosto de 2018. Teniendo en cuenta que en nuestras unidades tenemos una lista de espera para primera consulta de unos 3-4 meses, así dimos tiempo para que los pacientes que pidieron cita en agosto comenzaran a llegar a nuestras consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El indicador utilizado ha sido: nº de pacientes que no acuden a primera consulta de fisioterapia de las Unidades de Fisioterapia de los centros de salud Universitas y Delicias Sur / nº de pacientes citados en primera consulta de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de los centros de salud Universitas y Delicias Sur X 100.
La recogida de datos se realizó a través los fisioterapeutas responsables de las Unidades de Fisioterapia tanto en turno de tarde como en turno de mañana en ambos centros de salud.
El resultado obtenido tras la recogida de datos entre el 2 de noviembre de 2018 y el 26 de febrero de 2019 ha sido de 18,5 % de incomparecencias, es decir, el 81,5 % de los pacientes citados para primera consulta de fisioterapia SI que acuden a la cita.
El estándar marcado al inicio de este proyecto era del 95% en los primeros 6 meses, con lo que no hemos conseguido llegar a este objetivo, quedándonos en un 81,5 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Podemos decir que no hemos conseguido llegar al estándar del 95 % marcado al inicio del proyecto, lo que nos indica que pese a nuestro esfuerzo desde las Unidades de Fisioterapia, finalmente la decisión de asistir o no a la consulta está en manos del propio paciente así como de otras múltiples causas.
La existencia de este porcentaje de incomparecencias es una problemática importante para el buen funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia de AP, ya que afecta a la lista de espera de la unidad y además supone una carga de trabajo administrativo de los fisioterapeutas responsables, que deben dedicar tiempo de la jornada para localizar nuevos pacientes que cubran las huecos creados ante dichas incomparecencias.
Consideramos que sería interesante seguir aportando ideas para tratar de mejorar estas cifras y reducir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

número de incomparecencias a primera consulta de fisioterapia, para mejorar con ello la eficiencia de la Unidad y del trabajo de los fisioterapeutas responsables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/713 ========== ***

Nº de registro: 0713

Título
EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

Autores:
CALAVIA SARNAGO DIEGO, GALINDO MORALES GEMA, LOIDI PLA MARIA ANGELES, AZNAR VIDALLER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD. EFICIENCIA.

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

PROBLEMA
CADA SEMANA ENCONTRAMOS DE MEDIA 2 PACIENTES QUE NO ACUDEN A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA.
ESTE PROBLEMA AFECTA A LOS FISIOTERAPEUTAS DE AMBOS CENTROS DE SALUD (UNIVÉRSITAS/DELICIAS SUR) Y A TODOS LOS PACIENTES QUE ESTÁN ESPERANDO PARA SER ATENDIDOS PUESTO QUE AUMENTA LA DEMORA CON CITAS DE CONSULTAS QUE NO SON EFECTIVAS.
LAS CAUSAS DE ESTE PROBLEMA SON:
- LA EXCESIVA DEMORA ENTRE EL MOMENTO DE LA CITACIÓN Y EL MOMENTO DE LA CONSULTA LO QUE PROVOCA QUE EL PACIENTE OLVIDE LA CITA.
- LA INADECUADA DERIVACIÓN DESDE MEDICINA PRIORIZANDO PROBLEMAS CRÓNICOS DANDO COMO RESULTADO QUE LOS AGUDOS SE RESUELVAN ANTES DE LA CITA OTORGADA EN FISIOTERAPIA.
- EL DESCONOCIMIENTO DEL PROCESO Y LA DIFICULTAD QUE ENCUENTRAN LOS PACIENTES PARA ANULAR LA CITA CUANDO NO PUEDEN ACUDIR.
- FALTA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL PACIENTE DE NO ANULAR LA CITA, CUANDO ES SABEDOR DE QUE NO VA A ACUDIR A DICHA CONSULTA.
LAS CONSECUENCIAS QUE ÉSTO GENERA SON:
- NO APROVECHAMIENTO EFICAZ DEL TIEMPO DE TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.
- SOBRECARGA ADMINISTRATIVA DEL FISIOTERAPEUTA AL TENER QUE LOCALIZAR A OTRO PACIENTE PARA OCUPAR ESE LUGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

RESULTADOS ESPERADOS
REDUCIR O EVITAR LAS INCOMPARECENCIAS A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19.

MEJORAR LA EFICACIA DEL TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.

MÉTODO
1. ASEGURAR DESDE ADMISIÓN QUE EL PACIENTE RECOGE Y COMPRENDE EL RECORDATORIO DE LA CITA.
2. RECORDAR LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN (PREFERENTES/ORDINARIOS) A FISIOTERAPIA AP A LOS FACULTATIVOS PARA REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN LOS PROCESOS AGUDOS.
3. ENTREGAR JUNTO A LA CITA DE FISIOTERAPIA UN DOCUMENTO EXPLICANDO EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA.
4. CONCIENCIAR AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE ANULAR LA CITA MEDIANTE LA EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS QUE CONLLEVA LA NO ANULACIÓN EN EL DOCUMENTO DEL PUNTO 3.

INDICADORES
Nº PACIENTES QUE NO ACUDEN A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 / Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 X 100

ESTÁNDAR DEL 95% LOS PRIMEROS 6 MESES; POSTERIORMENTE DEL 100%.

DURACIÓN

- JULIO 2018: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO QUE EXPLICA EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA Y CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE ANULARLAS. DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO.
- JULIO- AGOSTO 2018: REUNIÓN ENTRE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS JEFES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LOS CSDELICIAS SUR Y UNIVÉRSITAS PARA QUE RECUERDEN A LOS ADMINISTRATIVOS LA CONVENIENCIA DE ASEGURARSE DE QUE TODOS LOS PACIENTES RECOGEN Y ENTIENDEN EL RECORDATORIO DE LA CITA.
- JULIO-AGOSTO 2018: REUNIÓN DE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS MAP DE SUS RESPECTIVOS CS, RECORDANDO LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA AP, INCIDIENDO EN LA PRIORIZACIÓN DE LOS CASOS AGUDOS.
- DE SEPTIEMBRE/18 A FEBRERO/19: REGISTRO DEL Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA ESPECIFICANDO LAS INCOMPARECENCIAS. DIEGO CALAVIA, CARMEN AZNAR, GEMA GALINDO, M ANGELES LOIDI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0766

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO LAHOZ EVA
DIESTE AISA LUCIA
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
GIL GARCIA MJESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reliazan tres reuniones del grupo, una de ellas con la Técnico de Salud, para la elaboración del proyecto.
Se presenta al EAP en una reunión, donde además se proporcionan los listados de cada cupo, tanto a medicina como a enfermería. Se recuerda el proyecto en otra reunión de EAP tras el verano.
Enfermería además se reune tras asistir a la presentación de IC y Enfermeríapor parte de Gerencia.
Se diseña una hoja informativa al paciente para fomentar autocuidado y detectar signos de alarma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de los indicadores serán proporcionados en la evaluación de la Cartera de Servicios.
El EAP se ha concienziado de la importancia del cocntrol de esta patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes si conocen y comprenden mejor su enfermedad, se involucran más en el autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/766 ========== ***

Nº de registro: 0766

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S .UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, MURILLO LAHOZ EVA, OSES SORIA AMALIA, DIESTE AISA LUCIA, BONED JIMENO CARMEN, PERALTA GINES MARIA, BOLSA ENFEDAQUE PAZ, GIL GARCIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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

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

PROBLEMA
Según revisiones realizadas existe una baja cobertura y gran variabilidad en la atención, medios diagnósticos, terapias, cuidados .
Es necesario mejorar la adhesión al tratamiento y mejorar la aplicación de GPC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar actividades preventivas.
- Reducción de servicios Hospitalarios.
- Aumentar cobertura vacunal antigripal y antineumocócica.
- Fomentar autocuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0766

1. TÍTULO

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

- Adecuar tto. farmacológico.

MÉTODO
Reunión con EAP, para explicar proyecto.
Reunión con Médicos y enfermería de forma diferenciada para incidir en los objetivos que son compentencia de cada uno y de los comunes.
Reparto de listados de pacientes con IC de cada cupo, para incidir en las actividades con estos pacientes.

INDICADORES
Mejora de la cumplimentación de RCV.
Reducción uso Servicio Hospitalario.
Aumento de cobertura vacunal : Gripe y Neumococo.
Número de pacientes con Ic a los que se realiza revisión de tto.
Número de pacientes en tto con Calcioantagonistas respecto del total con IC.
Número de pacientes con IC en tto con betabloqueantes repsecto del total.

DURACIÓN
Fecha prevista el día 30 de mayo con la reunión de EAP.
Resto de actividades a lo largo del año con reuniones bimensuales para incidir en las actividades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0883

1. TÍTULO

PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAJARIN ANA BELEN
ALONSO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Eleccion del responsable de equipo Abril 2018
Asistencia a la jornada de presentacion IRASPROA 13 Abril 208
Difusion de la informacion de la jornada a los miembros del equipo Mayo 2018
Sesion de antibioticos en el E A P y firma de compromiso de los profesionales
para proteger alos pacientes mediante el buen uso de los antibioticos : dia 15 Noviembre 2018 ; asistieron un 50 % de los profesionales médicos del Equipo.
Colocacion de poster y salvapantallas Noviembre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombramiento de un responsable
2 reuniones : Presentacion del proyecto en Mayo 2018
Seleccion del uso de antibioticos ; resistencia de antibioticos
Noviembre 2018
Presencia de alrededor 50% de médicos del Centro de Salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Presentacion del panorama sobre el uso de antibioticos en atención primaria
Poner en conocimiento las actitudes recomendadas para las diversas patologias mas frecuentes en atencion primaria y compromiso de los profesionales en el buen uso de los antibioticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/883 ========== ***

Nº de registro: 0883

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
LIZANDRA FRON PEDRO, PAJARIN SANCHEZ ANA, ALONSO PEDRAZA ANGELES, MUNIESA GRACIA PAULA, MORATILLA LOPEZ ISABEL, MOLINER MATEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
el incremento em la resistencia a los antibioticos supone una dificultad para el manejo de infeciones comunitarias y Hospitalarias

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0883

1. TÍTULO

PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

Optimizar el uso de antibioticos (ab.) en atención primaria asumiendo unos principios de racionalidad

MÉTODO
asistencia a jornada IRASPROA dia 13 Abril
dar a conocer lop principios enerales
sesiones formativas relacionadas con el uso racional de ab. Perfil de resistencias a las infeciones habituañes en atención primaria

INDICADORES
tener un responsable del uso de ab en el equipo
.difusion de los principios generales de uso racional de ab.
indicador : difusion del informe consumo / resistencias a los ab.

. formacion del uso adecuad de ab.
indicador : nº de sesiones realizadas

.presentacion del programa
% profesionales que participan en el proyecto

DURACIÓN
De abril a Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1052

1. TÍTULO

PROMOCION DE AUTOCUIDADOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMALIA OSES SORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERALTA GINES MARIA
AZNAR TEJERO PILAR
SEDILES CABELLO ANA ISABEL
TORRES TRASOBARES BELEN
MATA BORDONABA ROSARIO
CALAVIA SARNAGO DIEGO
TEJERO LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron varias reuniones desde el mes de junio, del grupo de trabajo, con dos líneas de actuación:
- Realizar paseos saludables para pacientes de más de 65 años o jubilados.
Los paseos se iniciaron en el mes de Octubre, los martes de 9:30-10:30. La actividad comienza con 10 minutos de calentamiento, se pasea al tiempo que se responden, comentan preguntas/dudas de los pacientes y se termina con 10 minutos de estiramientos.
El grupo ha ido creciendo paulatinamente teniendo una media de 26 pacientes.
- Promoción de salud en Institutos de nuestra zona.
Se han dado charlas de Hábitos saludables y de primeros auxilios en dos Institutos quedando pendiente otro más que por razones de agenda escolar se postpuso a 2019. Previamente se pasón una encuesta a los alumnos sobre hábitos saludables.
Se programaron visitas al Centro de Salud para alumnos de primaria, que ´por razones de agenda escolar quedaron programadas para inicio del 2019.
Se realizó reunión de EAP para dar a concer el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al retraso en el inicio de la actividad y como dicha actividad no se va a cerrar, los indicadores se realizarán a final del año actual. Se decidió no realizar medida de la TA ya que se ha priorizado la actividad social .
Resultados obtenidos : Mantener la actividad de paseos saludables.

Realizar charlas en Institutos / Colegios de la zona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo que forma este proyecto está totalmente satisfecho por la buena acogida por parte de los pacientes, que a pesar de haber iniciado la actividad en meses con tiempo frío, se ha conseguido aumentar el número de participantes.
Queda pendiente la encuesta de satisfacción, ya que se inició en Octubre no se consideró oportuno hacerla por la poca trayectoria del proyecto.
Los pacientes han pedido la posibilidad de hacer dos días a la semana.

7. OBSERVACIONES.
Amalia Oses Soria, responsable de este proyecto se desplazó con el concurso de traslados. En la actualidad la resposable es Pilar Aznar Tejero

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1052 ========== ***

Nº de registro: 1052

Título
PROMOCION DE LOS AUTOCUIDADOS

Autores:
OSES SORIA AMALIA, BONED JIMENO CARMEN, MUNIESA GRACIA PAOLA, DIESTE FRANCA CAROLINA, APARICIO TORNAY NURIA, PEREZ MOYA ANTONIO, CONTI CUESTA ANTONIA, GIL CLAVERIA GREGORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1052

1. TÍTULO

PROMOCION DE AUTOCUIDADOS

```
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrepeso, diabeticos,hipertensos, escolares
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Enfoque ...........:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dada la elevada población con sobrepeso, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación, se plantea la promoción
de hábitos saludables para dicha población

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover y motivar autocuidado a través de dietas, ejercicio, e intercambio de experiencias que favorezcan una
actitud de cambio en la mejora de dichos hábitos
-La población a la que va dirigida sería enfermos crónicos, escolares
-Interacción de la población con los profesionalesy entre ellos

MÉTODO
-Elaboración de la parte teórica y ejercicios
-Elaboración de encuesta.
-Charlas en centro escolares, asociaciones de vecinos y mayores.
-Información a la población,talleres y paseos saludables.
-Atención individualizada en consulta programada
-Recogida de datos y evaluación

INDICADORES
- Número de talleres programados y realizados >80 %
-Número de pacientes satisfechos > 80%.


DURACIÓN
Planificación: Junio 2018
Talleres: Tercer y cuarto trimestre 2018
Evaluación: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 - 2018/1092

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA MURILLO LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSES SORIA AMALIA
AZNAR TEJERO PILAR
TEJERO LOPEZ TERESA
ROC SERRANO JOSE CARLOS
SEDILES CABELLO ANA ISABEL
TORRES TRASOBARES BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION EAP PARA INFORMAR DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS
INFORME AL EAP PARA COMUNICAR LA FORMA DE REGISTRO DE LAS MEDICACIONES USADAS PARA SU REPOSICIÓN
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DE SALA DE URGENCIAS
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CORRECTO REGISTRO DE LAS REVISIONES
CORRECTO REGISTRO DEL USO DE LA MEDICACIÓN
CONCIENCIACIÓN DEL EAP EN USO DE SALA DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MEJORAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE TODO EL EAP
MEJORAR EL USO DE LA SALA DE URGENCIAS, SIGUE SIENDO MULTIDISCIPLINAR EN OCASIONES A PESAR DE ESTAR EL EAP INFORMADO
MEJORAR LA REPOSICION DE MEDICAMENTOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1092 ========== ***

Nº de registro: 1092

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. UNIVERSITAS

Autores:
MURILLO LAHOZ EVA, OSES SORIA AMALIA, DIESTE AISA LUCIA, TORRES TRASOBARES MARIA BELEN, GORGOJO ITOIZ PUY, PERALTA GINES MARIA, ROMÁN DIEZ MARI FE, RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA URGENTE NO DEMORABLE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: EVITAR LAS DEMORAS PREVISIBLES EN LA ATENCIÓN URGENTE, AUMENTANDO LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

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

PROBLEMA
LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE E IMPORTANTE DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL EAP.
RAZONES:
-VARIABILIDAD EN LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN URGENTE
-EXCESIVAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES EN CUESTIÓN DE FORMACIÓN E IMPLICACIÓN.
-INADECUADA ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS SALAS DE URGENCIAS Y MALETINES, CON ACÚMULO DE MEDICACIÓN EN OCASIONESY FALTA DE ELLA Y DE MATERIAL EN OTRAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1092

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

- INADECUADO CONTROL DE MEDIOS TERAPEÚTICOS, COMO EL DESFIBRILADOR, ETC.
-INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN DEL HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

RESULTADOS ESPERADOS
-DEFINIR UN PROCEDIMIENTO CON LOS CONTENIDOS BÁSICOS DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS CON LA PROPUESTA ORGANIZATIVA ESTANDARIZADA.
-CONSEGUIR LA BUENA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS, Y QUE TODO EL EAP SE FAMILIARICE CON ÉL Y SE RESPONSABILIZE DE SU ADECUADO MANTENIMIENTO.
-EDITAR UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP, Y DEJANDOLO EN UN LUGAR ACCESIBLE PARA TODOS, INDICANDO CLARAMENTE LOS PROFESIONALES QUE DEBEN HACERSE CARGO DE DICHA URGENCIA EVITANDO ASÍ LA DEMORA EN LA ATENCIÓN URGENTE, TANTO EN EL PROPIO CENTRO COMO LA DOMICILIARIA.
-HACER PROPUESTAS DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN PARA INCREMENTAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN URGENTE POR UN USO ADECUADO.
-PROPORCIONAR TALLERES DE FORMACIÓN Y MANTENIMIENTO DE HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y RCP, ASI COMO DEL USO DEL DESFIBRILADOR
-MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS SALAS DE URGENCIAS, MALETÍN Y CARRO DE PARADAS.

MÉTODO
-PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE EN EL C.S., ORGANIZANDO SESIONES CLÍNICAS SOBRE RCP Y LAS DIVERSAS PATOLOGIAS URGENTES
- SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN ATENCIÓN URGENTE, SOBRE EL MANEJO DE ECG, ASPIRADOR, DESFIBRILADOR POR PARTE DE TODO EL EAP,SOBRE LA LOCALIZACIÓN DE TODO ELLO EN LA SALA DE URGENCIAS, PARA TIULARES Y PERSONAL EVENTUAL, PARA LA FAMILIARIZACIÓN CON LA SALA DE URGENCIAS Y EVITAR DEMORAS EN LA BÚSQUEDA DE LOS NECESARIO.
- UNA REUNIÓN SEMESTRAL CON EL EAP, PARA LA CONCIENCIACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA COLABORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL MALETÍN Y LA SALA DE URGENCIAS.
- PROPROCIONAR AL EAP UNA MATRIZ PARA QUE DEFINAN EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR, DEJANDO ESTA MATRIZ TANTO EN ADMISIÓN COMO EN LA SALA DE URGENCIAS

INDICADORES
CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP EN EL QUE SE ESPECIFIQUE EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN URGENTE DENTRO Y FUERA DEL C.S.
-INDICADOR:EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO
-OBJETIVO:GARANTIZAR LA RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EVITANDO DEMORAS, POR LA EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
-INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE CONOCEN DICHO DOCUMENTO
-OBJETIVO : SUPERIOR AL 80%
-F I:INFORME DEL CENTROY/O VISITA AL EAP
-PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP QUE AHN PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y EN RCP.
-OBJETIVO : 80%
-F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
-NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESIÓN RELATIVA A URGENCIAS/NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL SECTOR
.OBJETIVO : 80%
-F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
-QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
-OBJETIVO 80%
-FI: INFORME DEL CENTRO Y/O VISITA AL EAP
-

DURACIÓN
DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 2018.SE PREVÉ LA CONTINUACIÓN 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 - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PAULA GARVI SOLER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MURILLAS MARIA PILAR
MUÑOZ RUIZ ANA
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
GASTON FACI ANA
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Difusión desde las consultas de pediatría del taller de lactancia, sobre todo, a los padres de los recién nacidos
2. Sesiones semanales del taller, todos los jueves de 12,30 a 14h. En estas sesiones se tratan temas que interesan a los asistentes y que surgen de forma espontánea. Algunos temas que se tratan con frecuencia son: lactancia, desarrollo psicomotor, sueño, alimentación, seguridad, apego.
3. En ocasiones se han realizado sesiones específicas sobre temas que han sugerido los asistentes:
4. Sesión sobre " alimentación infantil" impartida por una nutricionista (22/06/2017)
5. Sesión sobre porteo ergonómico impartido por una asesora en porteo (28/09/2017)
6. Sesión sobre lenguaje de signos para lactantes impartido por un especialista (19/10/2017)
7. Sesión sobre masaje infantil (abril 2017)
8. Sesión sobre sueño infantil (febrero 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. La asistencia media de participantes al taller es de 10 personas. Los participantes son mayoritariamente madres, si bien aumenta la presencia de padres, sobre todo durante el primer mes de vida de los bebés
2. Los niños que acuden al taller suelen ser menores de 6 meses, el motivo principal de abandono suele ser laboral, la incorporación de la madre al trabajo fuera de casa. En caso de madres que no se incorporan al mundo laboral, el momento de abandono suele ser cuando el hijo cumple los 12-15 meses
3. El nivel de satisfacción de los asistentes es alta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En estos momentos el taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.

El taller de lactancia es un espacio en el que las madres se aportan ayuda mutua para mejorar sus sentimientos de autoeficacia respecto a su lactancia y a su maternidad. Las verdaderas protagonistas son las madres, los profesionales sanitarios que acudimos al taller somos simples moderadores.
De este proyecto ha surgido otra iniciativa, un grupo de madres de las que acuden al taller están intentando formar una asociación de "familias de niños de 0 a 3 años de edad"

La difusión y promoción del taller se hace fundamentalmente a través del centro de salud. Esta difusión podría mejorar a través de cartelería, y difusión en la revista mensual de la localidad.
Un complemento al taller de lactancia sería la creación de una consulta de lactancia materna en el servicio de pediatría que pudiera dar apoyo a las madres que precisan una atención más urgente por problemas relacionados con la lactancia.

Para poder mantener este tipos de proyectos a largo plazo es muy importante formar y capacitar en lactancia materna a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1312 ========== ***

Nº de registro: 1312

Título
TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

GARVI SOLER PAULA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, MUÑOZ RUIZ ANA, RUIZ MURILLAS PILAR, GASTON FACI ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fomentar la lactancia materna
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad existe evidencia suficiente para afirmar que invertir en la lactancia materna tiene un impacto significativo en la salud de mujeres y niños, y en las economías de los países.
Según el último análisis sobre lactancia materna publicado por The Lancet, los niños amamantados durante periodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, que aquellos que son amamantados por periodos más cortos o no son amamantados. Hay indicios crecientes que también sugieren que la lactancia materna podría proteger en el futuro contra el sobrepeso y la obesidad. La lactancia materna beneficia a las madres que amamantan, puede prevenir el cáncer de mama y podría reducir el riego de diabetes y cáncer de ovario.
A pesar de la multitud de beneficios de la lactancia materna, en una sociedad como la nuestra en la que hemos perdido la cultura de la lactancia, las madres que amamantan a menudo no reciben el apoyo necesario y, cuando surge algún problema, no tienen a quién consultar.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar la lactancia materna y evitar abandonos indeseados
- Ofrecer un espacio de apoyo y ayuda mutua, de libre acceso en el que las madres puedan compartir con otras mujeres sus experiencias para mejorar los sentimientos de autoeficacia de las mujeres respecto a su lactancia y a su maternidad.
- Ofrecer conocimientos y estrategias de manejo de las consultas frecuentes: cohecho, sueño, deposiciones, llanto excesivo, alimentación complementaria, reincorporación al trabajo
- Informar sobre recursos en internet relacionados con la lactancia y la maternidad.
- Se coordinará con el ayuntamiento la forma de publicitar en taller, para que llegue a toda la población de Utebo

MÉTODO
- El taller se realiza los jueves a las 12,30h y su duración es aproximadamente de hora y media.
- La captación es realizada por los profesionales del centro de salud. La matrona da a conocer la existencia del taller de lactancia a todas las embarazadas durante el trimestre del embarazo, y cualquier profesional del centro de salud puede desde su consulta derivar a mujeres al taller de lactancia.
- Está moderado por profesionales formados en lactancia materna: enfermera, pediatra y matrona del centro de salud.
- El taller se realiza en el edificio polifuncional del ayuntamiento
- Se realización de sesiones relativas a la crianza a petición de las madres
- La entrada al taller es voluntaria, no se precisa cita previa y está abierto a la asistencia de cualquier madre, o persona que precise apoyo en la lactancia o en la crianza

INDICADORES
- Satisfacción de los usuarios
- Asistencia al taller
- Realización de sesiones relativas a la crianza.

DURACIÓN
Se trata de una actividad continua, que se inició en 2015, se realiza cada jueves y se va a mantener mientras exista demanda por parte de la población.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO MARIA PILAR
GARVI SOLER PAULA
RUIZ MURILLAS MARIA PILAR
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
CANDAU MARIN REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Reunión con el equipo para presentar el proyecto.

2º Reuniones del grupo de trabajo.

Los martes que no hay reunión de equipo se han ido preparando las cartas a los colegios para presentar el proyecto, las charlas para los colegios (padres y alumnos), el póster divulgativo y comunicación con la empresa que gestiona la máquina expendedora del centro de salud.

También mediante un grupo de Wassap se va poniendo al día a todo el equipo

3º Reuniones con el ayuntamiento y con distintas asociaciones dentro e la mesa intersectorial de salud.

Ha habido 5 reuniones con la Mesa Intersectorial (16/06/2017,11/09/2017,15/09/2017, 20/10/2017 y 26/01/2018). Desde el ayuntamiento deciden presentar el proyecto a la RAPPS.

Nos ofrecen publicar en la revista mensual diferentes artículos para promover los hábitos saludables en la edad infantil.

Se ofrecen como intermediarios para contactar con los diferentes centros escolares y con los servicios sociales.

Se divulgará desde el ayuntamiento las actividades que se vayan a realizar.

4º Reuniones con Consejo de Salud.

Presentación del Proyecto el día 15/09/2017
Información de las actividades realizadas el día 15/12/2017

5º Reuniones con los equipos escolares.

Se han tenido reuniones con los cuatro centros escolares. Primero para presentar el proyecto (06/11/2017 y 08/11/2017). Todos los colegios deciden colaborar y se planifican las charlas para padres y alumnos. Se decide dar la charla a los alumnos de 3º y 4º curso de EP.
Coinciden los cuatro centros en la importancia de estar comunicados el Centro de Salud con los centros escolares para seguir haciendo otras intervenciones.

Tras la presentación del proyecto se ha tenido contacto de manera regular mediante correo electrónico y vía telefónica.

6º Charlas a padres:

-CEIP Infanta Elena. Realizada el día 27/11/2017. Se pasa una encuesta de valoración al final de la charla con una puntuación de 5/5. El comentario de los padres más recurrente era la corta duración, ya que tenían que cerrar el colegio y no duró más de una hora. A los padres asistentes les pareció una idea muy acertada el retirar los productos procesados del almuerzo.

En contactos posteriores a la charla, la directora nos comentó que habían disminuido mucho el volumen de la basura, ya que los productos procesados generan más residuos.

-CEIP Octavus. Realizada el 11/12/2017. La valoración de la encuesta fue 5/5 y el comentario más repetido fue solicitar más información sobre ejercicio físico.

-CEIP Artazos y CEIP Parque Europa quedan pendientes para el mes de marzo de 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

7º Talleres con los alumnos de 3º y 4º de EP.

-CEIP Parque Europa: realizada el día 18/12/2017. Se realizan dos sesiones de hora y cuarto de duración cada una. En cada sesión había 48 alumnos. Han sido muy dinámicas y participativas. Llama la atención el elevado nivel que tiene en temas de salud, pero les influye más en su alimentación la publicidad que sus propios conocimientos.

-CEIP Artazos, CEIP Octavus y CEIP Parque Europa Quedan pendientes para los meses de febrero y marzo de 2018.

8ºDifusión a la prensa.

Se pone en contacto con el Centro de Salud el Heraldo de Aragón, y se publica reportaje el día 24 de diciembre.

Se envía artículo a la revista mensual de Utebo para que se publique en el número de febrero.

9º Retirada de la máquina expendedora del centro de Salud todas las comidas procesadas el día 22/09/2017, dejando exclusivamente Café, agua y Coca-Cola en la bandeja inferior, fuera del alcanza de la vista de los niños.

Los alimentos no saludables de las máquinas expendedoras de los centros deportivos no se pueden retirar hasta que finalice el contrato que tiene actualmente.

10º Poster publicitario: se realiza póster con dibujos realizado por niños donde se fomenta el consumo de alimentos frescos, elaboración casera y métodos que utiliza la industria para llamar la atención de los consumidores más pequeños.
Está pendiente que los envíe gerencia para ponerlos en el Centro de salud, colegios y Ayuntamiento.

11º Instalación de fuentes en las zonas con más afluencia de escolares. El ayuntamiento está realizando actualmente el estudio de cuales serían estos lugares.

12º Las ayudas que se les da a las familias con pocos recursos no incluyen alimentos procesados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados tenemos como punto de partida los datos de la Tesis de Ana Gastón, en la que el C. S. Utebo tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad de un 20%. Los datos son de los años 2010 y 2011.
De manera anual se va a ir calculando la prevalencia de sobrepeso y obesidad utilizando la misma metodología para poder comparar y tener resultados objetivos.

Otros marcadores secundarios serán las encuestas realizadas en clase a los niños para ver si disminuye el número de niños que llevan productos procesados a la hora del almuerzo y el volumen de basura generado en los recreos. Estos marcadores se valoran a principio y final de curso.

Desde que se retiraron de la máquina expendedora los alimentos procesados no saludables se aprecia, de forma llamativa, que ya no entran los niños a las consultas con bolsas de snacks.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aceptación del proyecto ha sido muy buena por una parte de los padre, pero cuesta mucho modificar hábitos de alimentación, por lo que no podemos esperar resultados a corto plazo.

Hace falta involucrar mucho a los escolares, ya que son ellos los que demandan estos productos procesados, y por la edad que tienen resulta más fácil modificar hábitos.

Según resultados se valorara realizar otras actividades dirigidas a niños, y abordar el tema en las guarderías, tanto públicas como privadas, y en otros grupos de trabajo comunitarios, como es el taller de lactancia y crianza.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1707 ========== ***

Nº de registro: 1707

Título
ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

GASTON FACI ANA, RUIZ MURILLAS PILAR, GARVI SOLER PAULA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, CANDAO MARIN REYES, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

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

PROBLEMA
A pesar de que en las consultas de pediatría siempre se trata la alimentación, y que cada vez hay más preocupación por la alimentación saludable por parte de los padres, se aprecia que la alimentación infantil está más influenciada por el entorno escolar y publicitario que por el núcleo familiar, por lo que podría ser útil abordar el problema a nivel comunitario.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir las prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 14 años
- Promover una alimentación saludable a nivel familiar y comunitario

MÉTODO
- Reunión con el ayuntamiento a través de la mesa intersectorial para presentar el proyecto.
- Obtención de datos relativos a IMC de la población infantil
- Formación del equipo en alimentación saludable comunitaria para unificar criterios.
- Reunión con los directores de los centros educativos.
- Reunión con las APAS.
- Actividades de intervención mediante charlas y talleres dirigidas tanto a los niños como a su entorno familiar.
-

INDICADORES
- Datos de prevalencia anual mientras dure el proyecto.
- Número de talleres realizados.
- Número de charlas realizadas.
- Número de asistente a las charlas y a los talleres

DURACIÓN
Reunión intersectorial realizada en junio.
En el mes de septiembre se realizará las reuniones con los centros educativos y las APAS.
A lo largo del curso escolar se realizará los talleres y las charlas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GRAJERA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
OLMO PEREZ ELENA
TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL
BAILO GAY ANA MARIA
GOMEZ CUARTERO MARIA JOSE
CONDE VAZQUEZ PAULA
OTO ROYO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha reorganizado el contenido del nuevo carro de paradas así como el del maletín de urgencias actualizándolo a los nuevos protocolos de urgencias y a las necesidades sentidas por los profesionales del equipo. Se ha actualizado el listado de contenido de los mismos y se han colocado los mismos en lugar visible en la sala de urgencias para que todos los profesionales puedan consultarlo.
También se han colocado en la parte externa del carro de paradas, etiquetas con el contenido que albergan los cajones del mismo para facilitar su uso ante una urgencia.
Se ha dispuesto el DESA encima de dicho carro (anteriormente estaba colocado en la bandeja inferior del carro de electrocardiograma) y se ha informado al equipo.
2. Se realiza control de caducidades mediante la hoja de Control de caducidades PO-01-3_Z3(P)E, del carro de paradas, del maletín de urgencias y gavetas.
3. Se ha colocado la hoja de registro de incidencias que nos proporcionó la Técnico deSalud en la sala de urgencias y se está utilizando por los miembros del equipo. También, se ha colocado un buzón de incidencias en la zona de admisión del centro. Estas incidencias son analizadas por el grupo de calidad de Utebo .
4. Se ha elaborado un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias, consensuado con los administrativos del centro. En los casos en los que ante un aviso urgente el paciente sea desplazado, se le asigna un médico según el orden establecido en una planilla, se contacta telefónicamente con dicho facultativo y con la enfermera asignada y se registra en la agenda. En los casos de avisos urgentes de pacientes pertenecientes al centro, se contactará telefónicamente con su médico y enfermero asignado y se registrará en la agenda.
5. Hay un enfermero localizado por planta para el caso en que surja un aviso urgente y en ese momento no esté el enfermero asignado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. La sala de urgencias está organizada de forma operativa.
2. Hay listados actualizados de los contenidos del carro de paradas y maletín de urgencias.
3. Se realiza control de caducidades mediante la hoja de Control de caducidades PO-01-3_Z3(P)E, del carro de paradas, del maletín de urgencias y gavetas.
4. Los profesionales del centro, usan la hoja de incidencias. Las incidencias son analizadas periódicamente por el grupo de calidad del equipo.
5. Se ha elaborado un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos tenido dificultades en la organización del carro de paradas, en cuanto que solicitamos en Abril de 2018 separadores para los cajones del mismo y aún no los tenemos. Los compañeros habían decidido esperar a tener los separadores para organizar el nuevo carro. Hemos reclamado en múltiples ocasiones estos separadores a través de dirección de enfermería y nos consta que también ellas han contactado con Suministros en repetidas ocasiones, pero sin resultado. A la vista de que no nos llegaban, hemos organizado con cajas de plástico la medicación de urgencia.
No hemos realizado taller de reciclaje de RCP. Por un lado, no estaba formado el grupo de formadores del Hospital clínico y por el otro, este año ha habido oposiciones, traslados, dos jubilaciones de médicos, bajas por enfermedad… estos hechos han propiciado que no se dieran las condiciones para realizarlo.
Para este año, ya estamos en contacto con la tecnica de salud para realizar dicha formación que realizaremos en horario de tarde pq por la mañana hay dificultades en bloquear las agendas.
Por otro lado, la sala de urgencias pensamos que debería ser empleada solo para las urgencias, pero en estos momentos y durante las mañanas, la falta de espacio del centro, las consultas de pequeño tamaño y la alta demanda, hace que se esté empleando habitualmente para realizar pruebas complementarias, espirometrías… también se empleó para la vacunación antigripal para descongestionar las consultas de enfermería. Hasta el momento no ha habido ningún incidente ante la presencia de una urgencia vital, estando la sala ocupada. La prioridad la tenemos clara y si surge una urgencia desalojaremos de la sala a las personas que estén en ese momento, para atenderla.
Cuesta esfuerzo mantener la sala en condiciones óptimas y que todo el mundo colabore. En las reuniones recordamos siempre la necesidad de mantener el orden de la sala. Creo que es muy positivo que se haya formado el grupo de calidad del equipo porque de ésta forma se implican más profesionales de distintos estamentos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

la mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/689 ========== ***

Nº de registro: 0689

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Autores:
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, NAVARRO GOMEZ MARIA CARMEN, BAILO GAY ANA MARIA, OTO ROYO ANA, CONDE VAZQUEZ PAULA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

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

PROBLEMA
Aunque se ha realizado una redistribución de la sala de urgencias y se han organizado, materiales, medicación y maletin de urgencias, existen diferencias profesionales en cuanto a la formación e implicación.

Seria necesario mejorar la destreza en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de mascarilla laringea y pistola intraosea asi como realizar reciclaje en RCP para todo el equipo.

Por otro lado tenemos que reorganizar el nuevo carro de paradas que va a sustituir al que teníamos

En cuanto a la gestión de la demanda urgente, aunque existe una planilla en la que se establece el turno de profesional sanitario para la atención a pacientes desplazados durante la jornada ordinaria, no esta protocolizado el procedimiento a seguir ante una demanda urgente desde que esta se produce en el servicio de admisión o por teléfono hasta que se atiende, ni la sustitución en la situación en la que se produce una ausencia no esperada de un profesional en horario de atención continuada como MAC o EAC.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Definir un procedimiento con los contenidos básicos del caro de paradas y emergencias
2. Conocimiento por todos los miembros del equipo del contenido del carro de paradas y maletín de urgencias, así como de los protocolos de mantenimiento
3. Mejorar las habilidades de los profesionales en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de la mascarilla laringea y pistola intraosea
4. Realizar reciclaje en RCP
5. Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/es responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro
6. Definir la estrategia para cubrir el turno del profesional ausente por situaciones inprevistas en turnos de atención coninuada.

MÉTODO
1. Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias
2. Establecer un procedimiento para mantener el orden de la sala de urgencias con registro de las actividades y revisiones realizadas por los responsables
3. Implantar hoja de registro de incidencias en la sala de urgencias
4. Definir los criterios y procedimiento de la atención urgente
5. Realizar taller de reciclaje de RCP y patologías consideradas urgentes
6. Realizar sesiones de formación en manejo de desfibrilador, del DESA, de mascarilla laríngea y pistola

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

intraósea

INDICADORES
1. Creación de un protocolo con el contenido del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo obtenido a través del acta con las firmas de la/las reuniones establecidas a tal fin.

Objetivo: Superior al 80% igual 85/90 de sanitarios (excluyendo administrativos y trabajador social.) incluyendo matrona

2. Existencia del registro cumplimentado mediante firma del mantenimiento según la periodicidad acordada

Objetivo: Superior al 80% el control de firmas

3. Existencia de control de caducidades y firmas

Objetivo : superior al 80% el control de firmas

4. Utilización de hoja de incidencias

Indicador: Uso de la hoja de incidencias

5. Realización de un taller de reciclaje de RCP

Indicador: Número total de profesionales del centro que han asistido al taller de reciclaje de RCP

Objetivo: Superior al 80%

7. Realización de sesiones formaticas en el manejo del desfibrilador, del DESA, de mascarilla laringea y pistola intraosea

Indicador: Número de profesionales del centro que han asistido a los distintos talleres

Objetivo: Superior al 80%

8. Existencia de un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO
Objetivo: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo. Superior al 80%

DURACIÓN
Planificación del proyecto : Abril- Mayo 2018
Realización de los talleres: De Mayo-Junio a Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0997

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
BRUN ALONSO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo (20 de abril de 2018)
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP (8 de Mayo de 2018)
Sesión de antibióticos en el EAP. Difusión de los principios generales en Atención primaria con fecha del 11 de diciembre con una asistencia del 70% de profesionales Colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP

Nº reuniones sobre el buen uso de antibióticos : 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora como positivo la información ofertada a los pacientes a travésde los carteles colocados en la sala de espera.
Todo el equipo se ha involucrado en la reducción de uso de antibióticos comenzando con una revisión en sesiones clínicas de las patologías infeciosas más frecuentes en AP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/997 ========== ***

Nº de registro: 0997

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GASTON FACI ANA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, ORTILLES GARCIA MARTA, BRUN ALONSO BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDAN AL CENTRO DE SALUD CON UNA INFECCION
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0997

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO

considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril 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 - 2018/0998

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ENGUITA PELLICENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLMO PEREZ ELENA
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
GASTON FACI ANA
ORTILLES GRACIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Difusión desde las consultasde pediatría de dicho taller,principalmente a los padres de los recien nacidos. También desde los talleres de preparación al parto que organizan las matronas del centro de salud dan información del taller.
2- Se realizan sesiones semanales,los jueves de 12,30 a 14 h. En las sesiones se tratan los temas que surgen por el interes de los asistentes, los más frecuentes : lactancia, sueño, desarrollo psicomotor, alimentación, seguridad.
3- Se han realizado talleres monográficos con temas solicitados por los asistentes al taller:
- Sesión sobre porteo ergonómico impartido por una asesora en porteo (15/03/2018 y 18/10/2018)
- Sesión de musicoterápia impartido por una musicoterapeuta (12/04/2018)
- Sesión de RCP y atragantamiento impartido por protección civil del ayto de Utebo (19/04/2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La asistencia media a las sesiones ha aumentado y la presencia de padres también está aumentando, de unos 15-20 participantes.
Los niños que acuden al taller suelen ser menores de 6 meses siendo el motivo de abandono la incorporación de la madre al mundo laboral.
El nivel de satisfacción de los asistentes es alto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El taller que comenzó como taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.
Es un espacio en el que las madres y los padres se aportan apoyo y ayuda mutua que mejora los setimientos de los padres respecto a su crianza. Los verdaderos protagonistas son los padres,los profesionales sanitarios que acudimos al talles somos simples moderadores.
La difusión y promoción del taller se hace a traves del centro de salud principalmente, pero gracias a la colaboración del ayto para la difusión de las sesiones en la revista mensual y cartelería se ha conseguido atraer a más población no usuarios del sistema nacional de salud.
Para mantener este tipo de proyectos comunitarios a largo plazo sería importante formar y capacitar en lactancia materna y crianza a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica para educar en hábitos saludables en la infancia y así a la larga mejorar la salud comunitaria de la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/998 ========== ***

Nº de registro: 0998

Título
TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

Autores:
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, OLMO PEREZ ELENA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, GASTON FACI ANA, ORTILLES GRACIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN, MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0998

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

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
En las primeras consultas tras el nacimiento los padres presentan múltiples dudas en relación a la lactancia, alimentación complementaria,desarrollo psicomotor y cuidados básicos.

El tiempo que se dedica en las consultas en limitado y no permite abordar éstos temas en profundidad,éste es el motivo por el que se decidió poner en marcha éste taller donde los padres son los protagonistas ante los tema a tratar.

Se había detectado un aumento del abandono de la lactancia materna en los inicios de ésta, por lo que se pensó que dando un entorno en el que se sintieran apoyadas tanto con los profesionales como con la experiencia de otras madres sirviese para no abandonar .

RESULTADOS ESPERADOS
Brindar a las familias un espacio donde sentirse apoyados en la tarea de la crianza de sus hijos, puedan plantear dudas,compartir experiencias, adquirir y mejorar habilidades, apoyados por el equipo de pediatría y otros profesionales.

MÉTODO
Se realizarán sesiones semanales, los jueves de 12,30 a 14h,en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado con el equipo de pediatría del Centro de Salud.
Los contenidos de las sesiones serán libres abiertos a los intereses de las personas que acudan al taller.
Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias.
La captación se realizará fundamentalmente en las consultas de pediatria, matrona y por el resto de profesionales del equipo.
Las sesiones monográficas serán publicitadas mediante carteles informativos en el C. Salud, así como en la revista mensual municipal y en las redes sociales del Ayuntamiento de Utebo.

INDICADORES
Número de sesiones realizadas a lo largo del año
Media de asistencia de padres y madres.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo

DURACIÓN
La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
OLMO PEREZ ELENA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Reunión con el equipo para explicar el proyecto. 29/05/2018

2º Reuniones del grupo de trabajo.

Los martes que no hay reunión de equipo se han ido preparando las cartas a los colegios para presentar el proyecto, las charlas para los colegios (padres y alumnos), el póster y tríptico divulgativo.
También mediante un grupo de Wasap se va poniendo al día a todo el equipo, y se envían referencias bibliográficas para estar actualizados en el tema.

3º Reuniones con el ayuntamiento y con distintas asociaciones dentro e la mesa intersectorial de salud.

Forma parte del plan de salud del municipio y está presentado a la RAPPS.

En la revista mensual del municipio, “Utebo Actual”, se han publicado diferentes artículos sobre el tema del almuerzo saludable, así como información de las actividades que se van realizando para promover los hábitos saludables en la edad infantil.

Han colaborado como intermediarios para contactar con los diferentes centros escolares y con los servicios sociales.

Están divulgando desde el ayuntamiento las actividades que se están realizado, y proporcionan lugares público para las charlas a familias y profesores.

Han subvencionado las charlas realizadas por una dietista nutricionista

4º Reuniones con Consejo de Salud.

En cada reunión del consejo de salud se va informando de las actividades realizadas

5º Reuniones con los equipos escolares.

Se han tenido reuniones con los cuatro centros escolares, con los dos institutos y con las dos guarderías municipales. Se les ha pedido ayuda para que los alumnos de tercero de E.P. realicen dibujos para ilustrar el tríptico y póster informativo que se les entregará a comienzo de curso. (06/11/2017 y 08/11/2017). Todos los centros educativos públicos deciden colaborar y se planifican las charlas para padres y alumnos. Se decide dar la charla a los alumnos de 3º curso de EP, a los alumnos de 3º de la ESO, al personal de las guarderías y a los padres. Estos últimos repartidos en dos grupos; una para las familias de alumnos menores de tres años y otra para las familias de los mayores de tres años.

Tras la presentación del proyecto se ha tenido contacto de manera regular mediante correo electrónico y vía telefónica.

6ºCharlas a padres:

A diferencia del año pasado, que se realizó una por colegio, con poca aceptación, se comienza el proyecto con una primera charla para las familias por la tarde en una sala cedida por el Ayuntamiento (11/06/2018). Pusieron servicio de guardería, para facilitar la asistencia de las familias. La sala se llenó, quedando gente sin poder entrar, por lo que se decidió realizar otras dos charlas más a lo largo de este curso. Las fechas de estas charlas han sido:
-24/1/2019
-31/1/2019

7ª Talleres con los alumnos y profesores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

3º de EP
Se realizan sesiones de hora y cuarto. Primero se les explica el proyecto, la nutricionista habla de los distintos productos procesados, de los azúcares, sal y grasa enseñándoles a entender los etiquetados y termina con los trucos publicitarios que emplea la industria alimentaria. Tras la charla se realiza un coloquio donde los alumnos comentan los almuerzos que suelen llevar a clase.

En cada sesión participan dos clases (unos 50 alumnos)

Las charlas realizadas son:

-CEIP Miguel Artazos: 19/10/2018
-CEIP Octavus: 26/10/2018
-CEIP Infanta Elena: 9/11/2018
-CEIP Parque Europa: 18/1/2019

3ª de la ESO
La dinámica es la misma que para los alumnos de primaria, pero se emplean ejemplos más apropiados para la adolescencia.

Personal de las Escuelas Infantiles
Se realiza una única charla juntando al personal de las dos Escuelas Infantiles para concretar el mensaje que se les dará a las familias. Se realizó el día 22/11/2018.
Ambas Escuelas deciden quitar de los almuerzos todos los productos procesados.

La empresa de Catering que les sirve la comida decide también retirar todos los postres azucarados, dejando exclusivamente fruta.

8ºRefuerzo de la información dada en las charlas en las revisiones realizadas en el Centro de Salud de los 9 años y 14 años

9ºDifusión a la prensa.

Se pone en contacto el Heraldo de Aragón con el Centro de Salud, y publican reportaje sobre las actividades que se están realizando en el centro, el día 24 de diciembre.

10ª Retirada de la máquina expendedora del centro de Salud todas las comidas procesadas el día 22/09/2017, dejando exclusivamente Café, agua y Coca-Cola en la bandeja inferior, fuera del alcanza de la vista de los niños. Se aprecia que ya no se entra a las consultas con bolsas de snacks.

11ªComunicación de resultados Se realizará al final del curso escolar: al equipo de AP, Centros Escolares y Ayuntamiento.

12º se entrega a todos los alumnos de los cuatro colegios un tri´ptico con información sobre almuerzos saludables, ilustrado con los dibujos realizados por los alumnos a los que se les ha dado las charlas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados tenemos como punto de partida los datos de la Tesis de Ana Gastón, en la que el C. S. Utebo tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad de un 20%. Los datos son de los años 2010 y 2011.
De manera anual se va a ir calculando la prevalencia de sobrepeso y obesidad utilizando la misma metodología para poder comparar y tener resultados objetivos.
Se han solicitado a la dirección los datos registrados en OMI-AP de peso y talla, pero por el momento no se nos han facilitado

Otros marcadores secundarios serán las encuestas realizadas en clase a los niños para ver si disminuye el número de niños que llevan productos procesados a la hora del almuerzo y el volumen de basura generado en los recreos.
Estos marcadores se valoran a principio y final de curso.
Como el proyecto ya es conocido por las familias, alumnos y profesorado, el grado de aceptación es superior al del año pasado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aceptación del proyecto ha sido muy buena por una parte de las familias, pero cuesta mucho modificar hábitos de alimentación, por lo que no podemos esperar resultados a corto plazo.

Hace falta involucrar mucho a los escolares, ya que son ellos los que demandan estos productos procesados, y por la edad que tienen resulta más fácil modificar hábitos.

Según resultados se valorará realizar otras actividades dirigidas a niños, y abordar el tema en las guarderías privadas, y en otros grupos de trabajo comunitarios, como es el taller de lactancia y crianza.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1038 ========== ***

Nº de registro: 1038

Título
PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Autores:
GASTON FACI ANA, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, RUIZ MURILLAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

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

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

PROBLEMA
La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados, aunque no siempre bien informados

A pesar de todo el esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de nuestros niños, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso

Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%

Otros objetivos son mejorara la alimentación de la población infantil disminuyendo el consumo de los productos procesados

MÉTODO
-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comida los productos no saludables.
-los niños no llevaran al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.
-los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snaks.
-Se realizaran charlas para padres y para los alumnos.
-Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos frecuentados por los niños.
-No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

-Se ha involucrado a los alumnos en la realización de los carteles informativos.
-El Ayuntamiento está divulgando las actividades realizadas.
-Se trabaja con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

INDICADORES
Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil mientras dure el proyecto

Seguimineto del volumen de basura generado en los colegios a la hora del recreo.
Encuestas de satisfacción en las charlas a padres.

DURACIÓN
Inicio en junio de 2018
No hay fecha de finalización al ser un proyecto a largo plazo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0516

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA ISABEL VILLARES ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL LANGARITA SUSANA
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
consulta programada de enfermeria, sesion de formacion en el equipo,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
27 derivaciones, con una media de 10 visitas por paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creacion de agenda diferenciada

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/516 ========== ***

Nº de registro: 0516

Título
ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Autores:
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BUIL LANGARITA SUSANA, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

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

PROBLEMA
EN TODO EL AMBITO SANITARIO SE CUIDA DE LA SALUD DE NUESTROS USUARIOS PERO TODAVIA QUEDAN ASPECTOS EN LOS QUE SE PUEDE MEJORAR MUCHO ASPECTOS INFORMATIVOS, DE AUTONOMIA DEL PACIENTE.....REALMENTE EN LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCION QUEDA MUCHO POR AVANZAR. ELCUIDADO ENFERMERO CONTEMPLA LA ATENCION DE UNA MANERA HOLISTICA Y COMENZAR A DESARROLLAR FACTORES QUE NO INCIDAN SOLO EN EL AMBITO PURAMENTE FISICO ES UNA OPORTUNIDAD. TODOS SUFRIMOS PERDIDAS DE MUCHOS TIPOS Y CUIDAR DE ESTO TAMBIEN ES UNA RESPONSABILIDAD ENFERMERA.

RESULTADOS ESPERADOS
- DESARROLLAR UN ROL PROFESIONAL.
- MEJORAR LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. INTEGRANDOLAS EN EL PROCESO VITAL DE LAS PERSONAS
- FAVORECER LA COMUNICACION TERAPEUTICA.
- MOTIVAR A LOS SANITARIOS A ESTE TIPO DE CUIDADOS.
- AUMENTAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.
- FAVORECERLA COMUNICACION SOBRE ESTOS TEMAS.

MÉTODO
- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0516

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

```
- REUNION EN SESION CLINICA PARA EL EAP.

INDICADORES
- NUMERO DE DERIVACIONES.( REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

DURACIÓN
SESION CLINICA INFORMATIVA Y DIFUSION, IMPLEMENTACION Y DESARROLLO EN NOVIEMBRE DE 2016.
EVALUACION EN JUNIO 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 .........................: 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 - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRANCO OBIS PATRICIA
BUIL LANGARITA SUSANA
PEDRUZO GARCIA LORETO
RERO GUIMERA MARIA JESUS
SAEZ LAFUENTE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se abordó los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.
Carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:
-Aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.
-Circulación: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades.
-Se propuso revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación de la sala de Urgencias.
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en A.P.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.
-Reciclaje de los conocimientos por parte del personal de los EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.

7. OBSERVACIONES.
En la última sesión se propuso realizar un proyecto de mejora para que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.
Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs. Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1642 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1642

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, RERO GUIMERA MARIA JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BARRANCO OBIS PATRICIA, PEDRUZO GARCIA LORETO, BUIL LANGARITA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

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

PROBLEMA
Gestión de riesgos: material sanitario, sala y maletín de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0690

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BARRANCO OBIS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS
SAENZ LAFUENTE LAURA
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Puesta en marcha de una consulta monografia de tabaquismo, realizando en ella orientacion y tratamiento del mismo.
Se realizan sesiones formativas para todos los miembros del equipo, incluidos MIR,EIR y estudiantes en practicas en este centro.
Se ofrecio y se explicaron las ventajas de la vacunacion antigripal y antineumococica.
Insitir en los cambios de habitos diarios (Suprimir tabaco, cafeina, controlar el habito, dieta...).
Revision de los programas de actividades comunitarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora del proceso en los pacientes con IC.
Se aumento significamente el numero de pacientes que abandonaron el habito tabaquico con repercusion en el riesgo cardiovascular.
Se adecuo el tratamiento farmacologico en IC (fuente : farmacia).
Se potencio los cuidados en los pacientes con IC y se reforzo la educacion sobre habitos diarios.
Se realizo una revision de las actividades preventivas comunitarias (Andarines,consulta especializada en tabaquismo....)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seria conveniente la puesta en marcha de un programa de insuficiencia cardiaca mediante la colaboracion entre diferentes profesionales implicados en su atencion. .
Es necesario una atencion continua de estos pacientes desde el CS para disminuir las visitas a urgencias.

7. OBSERVACIONES.
Seria interesante ofrecer al paciente con ICC un triptico con los cuidados, signos y sintomas...

*** ========== Resumen del proyecto 2018/690 ========== ***

Nº de registro: 0690

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. VALDEFIERRO

Autores:
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, BARRANCO OBIS PATRICIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

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

PROBLEMA
Dado que es un proyecto del Sector III el EAPs se plantea trabajar el mismo, aunque el EAPs en sesión clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0690

1. TÍTULO

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

cree como algo consustancial a la labor asistencial normalizada esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

Reduccion uso urgente de servicios sanitarios hospitalariso: dirigido a la poblacion con IC con descompensacion aguda que originan ingresos potencialmente evitables

Aumentar cobertura de vacunacion antigrial y antineumococica como primera medida de prevencion primaria. Dirigido a toda la poblacion de IC

Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa

Adecuar el tratamiento farmacologico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
Consulta monografica de tabaquismo
Formacion: Sesiones clinicas en el EAP
Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunion EAP, Medicina Interna como colaborador, Consejo de salud de zona

INDICADORES
Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actividades comunitarias (ANDARINES, CONSULTA DE TABACO) con repercusión en riesgo cardiovascular en el contexto de IC

Pontenciar los cuidados en IC: Número de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunacion antigripal y antineumocócica. (el objetivo aumentar 10% en vacunacion antigripal y 5% en antineumococica con respecto al año anterior)

Adecuación del tratamiento farmacológico en IC (numero de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se las ha hecho revisión el tratamiento). Fuente de datos: listado farmacia

Portentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: listados farmacia.

Portentaje de pacientes en tratamiento con beta bloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año

Cambios en la practica clinica. Revision de GPC e implementación

Oferta servicios: consulta monografica de tabaco.

Formación: Sesiones EAP

Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, indicadores

Comunicación: Reunion EAP, Consejo de salud de zona en todo el periodo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSABEL
BUIL LANGARITA SUSANA
BARRANCO OBIS PATRICIA
SAENZ LAFUENTE LAURA
RERO GUIMERA MARIA JESUS
PEDRUZO GARCIA LORETO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se realizan sesiones formativas para los miembros del EAPs,médicos residentes, enfermeros residentes y estudiantes en prácticas del C.S, donde se aborda los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la (Europea Reanimación Cardiopulmonar) ERC.
Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:
-Vía aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno etc.
-Circulatorio: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides, diverso material para venoclisis etc.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades segun norma ISO 9001.
-Se realiza revisión de las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria.
Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs.uno de RCP. básica y otro de RCP.avanzada.
Durante el año y dentro del plan formativo del EAPs. hacia la comunidad se realiza un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación se incluye el manejo del desfibrilador automático, y revisa el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.
Se realiza evaluación de los cursos con encuesta ISO. 9001.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en el EAPs.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo de salud, del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.
-Concimiento de la RCP. Básica en el taller formativo de TAOVAL. (Talleres Ocupacinales Valdefierro).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Adiestramiento y reciclaje de los conocimientos por parte del personal del EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.
-Es fundamental en una sala de Urgencias tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.

7. OBSERVACIONES.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar de los carros de paradas del Sector Zaragoza III, para los EAPs. Diferenciando Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales en el EAPs. Por lo cual proponemos la estandarización de dichas herramientas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/692 ========== ***

Nº de registro: 0692

Título
GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, BARRANCO OBIS PATRICIA, BUIL LANGARITA SUSANA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, VILLARES ANDRES ROSABEL, PEDRUZO GARCIA MARIA LORETO, RERO GUIMERA MARIA JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

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

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

PROBLEMA
En sesión clínica del EAPs. se establecen criterios para el desarrollo de las tareas asistenciales y formativas en la actuación frente a situaciones de urgencia circulatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
-Unificar conocimientos, procedimientos y uso de materiales frente a la asistencia de urgencias cardíacas.
-Conocimiento del EAPs. de las instatalaciones y equipos del CS.

MÉTODO
-Se realizan sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se aborda los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.
Dentro de la actividad formativa del EAPs. Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:

-Aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.
-Circulación: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades segun norma ISO 9001.
-Se propone revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria.
Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs.uno de RCP. básica y otro de RCP.avanzada.
Se realiza durante el año y dentro del plan formativo del CS. hacia la comunidad un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación, incluyendo el manejo del desfibrilador automático, y revisando el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.
Se espera alcanzar:
-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en A.P.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

INDICADORES
Mejora de la calidad asistencial en este tipo de proceso.

DURACIÓN
Para la formación e implementación en el EAPs de esta actividad se cree necesario el desarrollo de sesiones formativas para el EAPs y de las personas del Barrio al largo de del año y posteriores.

OBSERVACIONES
-Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.
-Reciclaje de los conocimientos por parte del personal de los EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.
En sesión clínica se decide continuar con el proyecto de mejora, para proponer que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín, para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.
Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs.Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0731

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo el 04/04/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/ 2018.
Ponencia en la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP: "IRASPROA de la teoría a la acción" el 26/04/2018. Asistentes: 90%
Asistencia el 05/07/2018 en la Gerencia de Atención Primaria del Sector a la reunión de responsables de referentes de los EAP.
Sesión de antibióticos en el EAP: "Difusión de los principios generales de IRASPROA en Atención Primaria" 28/11/2018. Asistentes: 94%
Colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud el 28/11/2018.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos el 28/11/2018.
Asistencia del responsable del EAP al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" el 29/11/2018.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo el 04/04/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/ 2018.
Ponencia en la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP: "IRASPROA de la teoría a la acción" el 26/04/2018. Asistentes: 90%
Asistencia el 05/07/2018 en la Gerencia de Atención Primaria del Sector a la reunión de responsables de referentes de los EAP.
Sesión de antibióticos en el EAP: "Difusión de los principios generales de IRASPROA en Atención Primaria" 28/11/2018. Asistentes: 94%
Colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud el 28/11/2018.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos el 28/11/2018.
Asistencia del responsable del EAP al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" el 29/11/2018.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido que llegue la información a todos los miembros del EAP de Valdefierro sobre la puesta en marcha de la estrategia IRASPROA en Aragón, haciendo hincapié en la importancia de la Atención Primaria en la adecuada utilización de los antibióticos.
Se ha difundido entre los componentes del EAP la existencia del enlace a IRASPROA a través de la web del Sector Zaragoza 3, con acceso a la Guía Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe.
Se han cumplido los objetivos previstos para el año 2018.
Se prevé la posibilidad de seguir trabajando en la mejora de la utilización de los antibióticos en atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/731 ========== ***

Nº de registro: 0731

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0731

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES
Mejorar la formación en el uso adecuado de los antibióticos.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... DIANA SERRANO PERIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFITA MAINZ SERGIO
ROYO SARTO ANGEL
CASTAN RUIZ SILVIA
SARASA BELLOSTA CRISTINA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los directivos de la Dirección de Atención Primaria y los profesionales técnicos de la misma:
Abril: Presentación del proyecto a los coordinadores y responsables de enfermería trasladado a los EAPs a través de los Acuerdos de Gestión. En las visitas a los EAPs se ha informado del mismo. La evaluación de los proyectos de los equipos constituirá la evaluación completa de este proyecto.
Abril a septiembre, se ha trabajado en el consenso de los contenidos del carro de parada con los responsables del sector I y II, y con profesionales del 061.
Febrero a septiembre se ha adquirido y dotado de carro de paradas adecuado a 10 de los EAps, que no lo tenían.
Junio a noviembre se ha diseñado un tríptico, sobre el uso racional de los recursos de la atención urgente para poblacion.
Noviembre, reunión con la Jefe de servicios de Urgencias para identificar áreas de mejora en el área de urgencias.
Noviembre, se han identificado algunos procesos significativos de atención urgente: Código Ictus, código infarto, soporte vital avanzado en adultos y pediatría, parada cardiaca ritmo desfibrilable y no desfibrilable. Se han remitido los algoritmos de estos procesos a todos los equipos, para su exposición en la sala de urgencias.
Noviembre se ha realizado un curso de atención al parto, considerado como un evento de atención urgente cuando debe ser atendido de forma inminente en los centros rurales.
De abril a noviembre se han desarrollado 7 cursos de formación en RCP promovidos desde la DAP, facilitando el apoyo con material docente a los EAPs que han desarrollado sus propias sesiones formativas.
De enero a diciembre, se han visitado la totalidad de los centros supervisando la sala de urgencias y otras significativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del rpoyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
Número total de carros correctamente organizados/número total de carros de parada. = 15 / 18 = 83’5 %.
Profesionales que han tenido acceso a formación en RCP organizada desde la dirección en los tres últimos tres años = 421/528 =81,3 %.
Esta información podrá complementarse tras la evaluación de los proyectos de los EAps ya que se incluye este apartado.
% de salas con algoritmos
22/22 = 100 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tema de urgencias es un tema sensible en realcion a la seguridad de los EAPs. Los profesionales son muy receptivos. Es necesario mantener y estimular la formación en este tema de forma continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/64 ========== ***

Nº de registro: 0064

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZA III

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

SARASA BELLOSTA CRISTINA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

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

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

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Disparidad de recursos en Urgencias (Botiquín, maletín de urgencias, carro de paradas), en algunos casos incluso carencia de un carro de paradas adecuado para el transporte y el soporte de la medicación y recursos de atención.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Inexistencia en algunos casos de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión intracentro del los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente a traves de que EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a traves de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención urgente tanto en la zona rural como en la urbana para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias. Se está intentando unificarlo a nivel del sector I, II y III.
Proporcionar a los profesionales de los EAPs una matriz para que definan (en el caso de que no exista) el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente (en los centros y en en los que existe más de un profesional). Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente.

Recopilar y distribuir entre los EAPs documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir para los EAps rurales un tríptico informativo dirigido a la poblacióncon las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada.
Diseñar y distribuir la información del uso más adecuado de las urgencias extrahospitalarias en los centros de salud urbanos.
Revisión anual presencial de las salas de urgencias para la evaluacion de las mismas
Incluir en el acuerdo de gestión de los EAPs la realización de las sesiones auto formativas relativas a urgencias y RCP que se considere adecuado en cada centro.
Organización de al menos cinco cursos de RCP.

INDICADORES
Que el 85 % de los EAPs tengan un carro de paradas con la organización estandarizada.(Se excluyen aquellos que tienen “camareras y otros recursos no adecuados)
Indicador : Número de carros correctamente organizados/ numero total de carros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

paradas.
Fuente de información: informe del centro y/o visita al EAP.

Que el 90 % de los EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Número de centros con procedimiento explicito/ numero total de centros
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del sector que han participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP
Que el 90 % de las salas de urgencias estén dotados con los algoritmos remitidos.
FI: informe del centro y/o visita al EAP

Que el 90 % de los EAps rurales hayan diseñado y distribuido sus documentos con indicaciones de uso.(FI existencia de documento)
Revisión presencial de la menos el 90 % de los EAPs.
Numero de EAPs visitados / número de EAPs del sector.
FI actas de visita.
Número de cursos realizados/ numero de cursos previstos

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevee la continuación hasta la total desarrollo 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 - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
SERRANO PERIS DIANA
FRAJ GARCIA NIEVES
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Existe un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.

20 EAP han presentado un proyecto asistencial sobre PROA

Se ha asistido a todas de las reuniones del grupo IRASPROA autonómico celebradas:
16/01/2018. Asistencia: 16 miembros (89%)
22/06/2018. Asistencia: 13 miembros (76%)
03/10/2018. Asistencia: 12 miembros (71%)

Se han celebrado y coordinado 7 reuniones del grupo PROA-AP del sector
01/02/2018. Asistencia: 12 miembros (67%)
01/03/2018: Asistencia: 13 miembros (72%)
19/04/2018: Asistencia: 11 miembros (61%)
31/05/2018: Asistencia: 12 miembros (71%)
26/09/2018: Asistencia: 11 miembros (61%)
22/11/2018: Asistencia: 6 miembros (33%)
20/12/2018: Asistencia: 10 miembros (56%)

Se han revisado los capítulos de infecciones respiratorias, adaptándolos a los datos de resistencias locales de Aragón.

Se han revisado las infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual de la actualización realizada por el sector Zaragoza II de la guía de antimicrobianos de Aljarafe

Se han realizado dos sesiones sobre Prescripción diferida

Se ha realizado formación sobre uso adecuado de antimicrobianos. Se han realizado reuniones con los responsables de antibióticos de nuestro sector, se ha elaborado materia de soporte para las sesiones en los EAP.
-Difusión Jornada de presentación de IRASPROA (13/04/2018)
-Principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas, actualización de nuestra Intranet Asistencia 85%:
-Compromiso con el buen uso de antibióticos. Asistencia 85%:
-Curso “Principios de uso de antibióticos. puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en atención primaria”.29/11/2018. 6 horas de formación (Acreditación 09, créditos). Asistencia de 27 profesionales (20 admitidos al curso, 7 oyentes)

Se ha realizado una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC). Realización de la encuesta a 70 profesionales MAC. Tasa de respuesta 37,1%. Se presentaron los resultados en el Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (octubre 2018) y en el curso de formación sobre antibióticos (29/11/2018)

Se ha actualizado el apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector, con los siguientes apartados:

EQUIPO PROA AP ¿Quiénes forman parte del Equipo PROA-AP?
GUIAS DE ANTIMICROBIANOS. Guía Terapéutica de Antimicrobianos (Aljarafe)
FORMACIÓN. Presentación del PROA-AP para Aragón
Encuesta Casos Clínicos PROA Medicina de Familia
Encuesta Casos Clínicos PROA Pediatría
Encuesta Casos Clínicos PROA Enfermería
Protocolo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en niños (actualización diciembre 2018)
RESISTENCIAS BACTERIANAS. Resistencias bacterianas Atención Primaria Sector Zaragoza III (Año 2017).
Resistencias bacterianas del Sector Zaragoza III (HCU-A.P.) (Período 2013-2017)
UTILIZACIÓN DE ANTIINFECCIOSOS. Informe Atención Primaria del Sector Zaragoza III (Año 2017)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

ENLACES DE INTERÉS. Enlace a PROA-HCU, Enlace a Estrategia IRASPROA

Se han incluido salvapantallas relacionados con el uso adecuado de antibióticos durante 1 semana en los ordenadores de todos los profesionales del sector Zaragoza III
Campaña Ni menos ni más, tú decides:
Cuando usas bien los antibióticos, todos ganamos. 25/04/2018
¿Necesita un antibiótico? ¿Ahora? ¿Por qué? 21/05/2018
Con el tratamiento antibiótico. Sé preciso 04/06/2018
Pilota el tratamiento antibiótico 18/06/2018
Trata a tu paciente durante el tiempo estrictamente necesario 02/07/2018
Gracias a ti los antibióticos podrán seguir salvando vidas 16/07/2018
DÍA EUROPEO PARA EL USO PRUDENTE DE LOS ANTIBIÓTICOS 18/11/2018 15/11/2018
DECÁLOGO DEL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS 13/12/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de los EAP tienen un responsable del uso de antibióticos. Un 50% no coinciden con el coordinador o con el responsable de URM, mostrando un especial interés en el uso correcto de los antibióticos

90% de los EAP han presentado un proyecto asistencial sobre PROA. Objetivo =75%

Asistencia al 100% de las reuniones del grupo IRASPROA autonómico

Se han celebrado y coordinado 7 reuniones del grupo PROA-AP del sector (Objetivo. 6 reuniones)

Se han revisado las infecciones respiratorias en pediatría y adultos teniendo en cuenta la evolución de las resistencias bacterianas en nuestro sector

Se han realizado 4 sesiones de formación sobre PROA (Objetivo: 3 sesiones)

Se han difundido los principios generales PROA en atención primaria.
Se ha difundido a los EAP el informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA: 85% (objetivo 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales están interesados en el uso adecuado de antibióticos
Hemos realizado una encuesta a los Médicos de atención continuada para conocer sus necesidades. Hemos dado respuesta a varias demandas, pero no hemos solucionado su acceso a formación online.
La formación es necesaria y la formación on line es la más solicitada por los profesionales
Los profesionales demandan conocer la situación de partida del uso de antibióticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1439 ========== ***

Nº de registro: 1439

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, SERRANO PERIS DIANA, FRAJ GARCIA NIEVES, CASTAN RUIZ SILVIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La OMS considera la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública. Las bacterias multirresistentes causan 25.000 muertes al año en Europa. El uso excesivo e inadecuado de los antibióticos es una de las principales causas de este problema, por ello, la optimización del uso de antibióticos es un asunto prioritario.
En Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la DGAS aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Impulsar la implicación de los profesionales de atención primaria en el programa PROA-AP a través de personas clave en todos los equipos del sector.
Potenciar el compromiso de los EAP en proyectos asistenciales relacionados con la mejora de la utilización de antibióticos.
Evaluar la situación del uso de antibióticos en atención primaria del Sector Zaragoza III.

MÉTODO
1. Selección de una persona clave con interés en el uso de antibióticos en cada EAP para implementar el Programa de PROA-AP en su equipo.
2. Facilitar la implementación del decálogo de principios generales de uso de antibióticos.
3. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
a. Adaptación de la Guía de Aljarafe para atención primaria. Selección de los procesos más prevalentes y su tratamiento. Difusión entre los profesionales de AP.
b. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
c. Detectar las necesidades formativas en relación al uso de antibióticos de los médicos de atención continuada y residentes de 3 y 4 año.

4. Realizar un análisis actualizado del consumo de antibióticos en atención primaria del sector.
5 Elaborar una presentación relacionada con el informe de resistencias a los antimicrobianos en el ámbito extrahospitalario.
6.Actualizar e incorporar toda la información relativa al uso de antibióticos y resistencias a antimicrobianos en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
7. Utilizar salvapantallas en los ordenadores para difusión de mensajes a través de imágenes y carteles.
8 Validar los informes de utilización de antibióticos y hacer un seguimiento cuatrimestral de la evolución de los indicadores.

INDICADORES
1.a Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.
1.b. Porcentaje de EAP del Sector que incluyen un proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =75%

2. Asistencia a reuniones del grupo PROA autonómico. Asistencia al 75%
3. Número de reuniones del grupo PROA-AP del sector. Objetivo: 6 reuniones al año.
Objetivo: Adaptación de la Guía de Aljarafe.
Indicador: Revisión de los capítulos de infecciones respiratorias. Adaptación a los datos de resistencias locales de Aragón.
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Elaboración del material de soporte para las sesiones realizadas sobre PROA: Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes.
Indicador: Realizar y analizar una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC) y residentes
4. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector
5. Difundir el informe de las resistencias a los antimicrobianos en atención primaria del sector Zaragoza III a todos los EAP.
6. incluir la información relativa al programa PROA-AP en el apartado específico de la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
7. Difundir los principios generales PROA en atención primaria. Utilizar los salvapantallas
8. Envío cuatrimestral de la utilización de antibióticos a los profesionales. Monitorización del uso de cefalosporinas de tercera generación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN
- 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
- Marzo-Abril: encuesta a MAC y residentes sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos.
- Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.
-Junio-Octubre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP.
-Septiembre-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA.
-Mayo-Diciembre: Actualización del apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria y utilización de salvapantallas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA FERRER CLAVERIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEGURA ARAZURI NIEVES
COLAS SANZ CARLOS
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
LEZAUN ALFONSO APOLINAR
AGULLO GARCIA ANA
CARRION SARI SILVIA KARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha habilitado desde junio de 2018 una consulta con periodicidad mensual, monográfica para el estudio y seguimiento de los pacientes con angioedema de características bradicinergicas, así como sus familiares, con una nueva agenda denominada ALGC3-ANGIOEDEMA.
La relación de días que se ha pasado esta consulta en 2018 son:

- 22 de Junio
- 27 de Julio
- 21 de Septiembre
- 19 de Octubre
- 23 de Noviembre

El número de pacientes atendidos en consulta a lo largo de estos 6 días ha sido de 41 pacientes. De ellos 22 presentan angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1INH) pertenecientes a 11 familias diferentes, 2 pacientes presentan angioedema hereditario por mutación del F. XII, 4 angioedema de características bradicinergicas idiopáticos. El índice de asistencias a urgencias en el total de los pacientes con diagnóstico de AEH-C1INH atendidos en la unidad es de 78 visitas a lo largo del año 2018.

Se han elaborado diferentes protocolos en consulta:
1. Protocolo de seguimiento en consulta.
Todos los pacientes con AEH por déficit de C1 inhibidor, requieren en la visita basal hemograma, bioquímica, estudio de complemento con C4, C1 INH y actividad de C1 (actividad de C1 en laboratorio de referencia), serologías de VHA, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19 y confirmar vacunación de VHA y VHB.

En caso de precisar tratamiento con andrógenos se deberá realizar en la visita basal ecografía abdominal, hemograma, función hepática, perfil lipídico y análisis de orina. Se realizará control cada 6 meses del hemograma, función hepática, perfil lipídico y análisis de orina y exploración física valorando signos de virilización, peso y tensión arterial. Se recomienda revisión anual de la ecografía abdominal y alfa-feto proteína, por el riesgo de desarrollo de tumores hepáticos.

Si se sigue tratamiento con antifibrinolíticos, se deberá realizar en la visita basal estudio de coagulación. Se realizarán controles cada 6 meses con estudio de enzimas musculares (aldolasa, creatin fosfokinasa), función hepática y renal y análisis de orina. Se recomienda una vez al año revisión oftalmológica (fondo de ojo) para descartar daños en la retina.

En caso de haber precisado de tratamiento con Pdh C1INH (Berinert®), hay que realiza hemovigilancia una vez al año con controles serológicos de VHA, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19 por su riesgo teórico de transmisión. Las pruebas complementarias y de seguimiento en consulta son las recomendadas por el Grupo Español de Angioedema por Bradicinina (GEAB: Spanish Consensus of Bradykini-Induced Angioedema II JIACI 2011).

2. Protocolo en situación de emergencia
PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial, o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 1000 U (2 viales) por vía intravenosa (20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos), el efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso necesario transcurrida 1 hora. En caso de no disponer de C1-inhibidor se administrará ICATIBANT (FIRACYR® 30mg) (1 jeringa precargada) por vía subcutánea en abdomen, pudiendo repetir dosis transcurridas 6 horas, sin sobrepasar 3 dosis cada 24 horas.
Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.
En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.
Si no se dispone de BERINERT® ni FIRACYR® se puede administrar ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa (20-50 mg/kg/día) 500-1000mg/2 horas o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 8gr intravenosos durante 4 horas y posteriormente 16 gramos al día o PLASMA FRESCO CONGELADO 2 unidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

SI FUESE NECESARIO DEBE REALIZARSE TRAQUEOTOMÍA.
ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA NI ANTIHISTAMINICOS.
2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias…) se debe administrar 500- 1000U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) intravenoso 1 a 6 horas antes, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.
Si no se dispone de C1 INHIBIDOR puede administrarse 2 unidades de PLASMA FRESCO CONGELADO, si es posible 24 horas antes y repetir inmediatamente antes del procedimiento.
Otra alternativa es tomar DANAZOL (DANATROL®) 200mg/ 8 horas o ESTANAZOLOL 2mg/ 8 horas durante 5 días antes y hasta 3 días después de la manipulación.
Icatibant (Firacyr®) no está indicado como tratamiento profiláctico.
COMO NORMAS GENERALES LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR
1. DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE ESTROGENOS (anticonceptivo, tratamiento hormonal sustitutivo, etc) Y FÁRMACOS DE ACCIÓN ESTROGENICA. Si precisa anticonceptivos orales puede tomar progestágenos.
2. DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE HIPOTENSORES DEL GRUPO DE LOS IECAS (captopril, enalapril, linosipril, quinapril,…)
3. EN CASO DE PRECISAR ANTIDIABÉTICOS ORALES SE RECOMIENDA EVITAR EL GRUPO DE LAS GLIPTINAS, inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DDP-IV).

3. Protocolos para la edad pediátrica

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR EN POBLACIÓN INFANTIL
1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 500 U (1 vial) por vía intravenosa (a la dosis de 20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos). El efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso de ser necesario transcurrido 1 hora. En caso de no disponer de C1 inhibidor si el niño/a es mayor de 2 años se podrá administrar ICATIBANT® (FIRACYR® 30mg/3ml) (12-25 Kg: 10mg (1ml); 26-40 kg: 15mg (1.5ml); 41-50 kg: 20mg (2ml); 51-65 kg: 25mg (2.5ml) y de >65kg 30mg) por vía subcutánea en abdomen, pudiéndose repetir dosis en caso necesario transcurridas 6 horas, y no más de 3 dosis cada 24 horas.
Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.
En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.
Si no se dispone de BERINERT® se puede administrar ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa 20-50 mg/kg/día o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 0,2-0,4g/kg/día intravenosos o PLASMA FRESCO CONGELADO.
ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA NI ANTIHISTAMINICOS.
2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias…) se debe administrar 500 U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) 10-25 U/kg intravenoso 1-6 horas antes del procedimiento, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.
COMO NORMAS GENERALES LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR:
DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE ESTROGENOS Y FÁRMACOS DE ACCIÓN ESTROGENICA.
DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE HIPOTENSORES DEL GRUPO DE LOS IECAS (captopril, enalapril, linosipril, quinapril,…)

4. Protocolo en embarazadas

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR EN EL EMBARAZO

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial, o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 1000 U (2 viales) por vía intravenosa (20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos), el efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso necesario transcurrida 1 hora.
Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.
En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.
Si no se dispone de C1-INHIBIDOR, se puede administrar antifibrinolíticos a partir del 2º y 3 trimestre, como el ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa (20-50 mg/kg/día) 500-1000mg/2 horas o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 8gr intravenosos durante 4 horas y posteriormente 16 gramos al día o PLASMA FRESCO CONGELADO 2 unidades.
SI FUESE NECESARIO DEBE REALIZARSE TRAQUEOTOMÍA.
ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA, NI ANTIHISTAMINICOS.

2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias,…) se debe administrar 500- 1000U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) intravenoso 1- 6 horas antes, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.

3- MANEJO EN EL PARTO.
- No se recomienda profilaxis a corto plazo de forma sistemática en todos los partos.
- Solo se deberá administrar C1-INHIBIDOR (BERINERT®) en caso de cesárea o parto instrumental.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

• Se recomienda disponer de C1-INHIBIDOR en el paritorio para su administración en caso de episodio agudo durante el parto o en las siguientes horas.

Se ha desarrollado también una nueva vía de actuación para tratamiento en Profilaxis a corto plazo (PCP) y se les podrá administrar el C1INH en su centro de Salud y evitar así la asistencia a urgencias para este uso, como se venía realizando hasta el momento actual. Se esta trabajando para poder realizarlo en los próximos meses de manera programada en Hospital de día del Hospital Clínico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con el desarrollo de la consulta monográfica de AEH nos ha permitido conocer que Aragón cuenta por el momento con 11 familias afectadas de angioedema hereditario. Ninguna de ellas tenía a todos los familiares de primer grado estudiados, con lo cual estamos trabajando para poder llevar a cabo un diagnóstico en todos y cada uno de ellos, de cara a poder ofrecerles un adecuado tratamiento en el caso de estar afectados y para poder realizar consejo genético.
Hemos observado en nuestra muestra que en este último año hasta el 25% de los pacientes presentaban ataques graves y el 55% ataques moderados y la necesidad de cambiar la normativa legal vigente en cuanto al tratamiento de estos pacientes, para que puedan tener un mejor acceso a la medicación que precisan sobre todo a nivel domiciliario.
Hemos sido conscientes de la gran afectación en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes, que les implica absentismo escolar, laboral y una alta carga de enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la información cada vez más en la actualidad de las enfermedades raras, y entre ellas el AEH, en nuestros pacientes el tiempo hasta el diagnostico de su enfermedad es como en otros estudios de alrededor de 7.75 años, un tiempo muy elevado al tratarse de una enfermedad de riesgo vital y curso impredecible; esto justifica la necesidad de estas consultas de cara al diagnostico y manejo de estos pacientes, de sus familiares y del consejo genético que precisan.
Se han podido unificar criterios diagnósticos y terapéuticos en pacientes con angioedema hereditario de características bradicinergicas y en especial con angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1INHB) que es lo que sobre todo se ha centrado la consulta en estos primeros meses. Se han llevado a cabo protocolos de control y seguimiento como recomiendan las guías GEAB; así como protocolos de tratamiento en ataque agudo y PCP en población general, gestantes y población pediátrica.
Además, hasta octubre de 2018 Aragón era la única Comunidad Autónoma (CCAA) que no dispensaba para uso fuera del ámbito hospitalario el tratamiento con pdC1-INH ni Icatibant a estos pacientes, ya que no estaba aprobado por parte de la CEMA (Comisión de Evaluación de Medicamento en Aragón). Con la puesta en marcha de la consulta se ha llevado de nuevo la problemática de estos pacientes a este comité y se ha podido actualizar estos tratamientos y conseguir que nuestros pacientes puedan disponer de ambos fármacos según sus necesidades tal y como recomiendan las guías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/650 ========== ***

Nº de registro: 0650

Título
CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Autores:
FERRER CLAVERIA LUCIA, SEGURA ARAZURI NIEVES, SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, LEZAUN ALFONSO APOLINAR, AGULLO GARCIA ANA, CARRION SARI SILVIA KARINA, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor es una enfermedad muy poco frecuente. Se estima que afecta en torno a 1/50.000 habitantes, lo que hace que se enmarque dentro de las llamadas “enfermedades raras”.
Cursa con episodios recurrentes de angioedema, no pruriginoso, en distintas localizaciones, lo más frecuente a nivel cutáneo y abdominal. Los episodios abdominales son habitualmente “no filiados”, precisando múltiples asistencias a urgencias e incluso han llegado a confundirse con cuadros de abdomen agudo, que han terminado con cirugía abdominal en pacientes no bien diagnosticados. Los más peligrosos, los ataques laríngeos, son la manifestación más dramática que puede darse en estos pacientes por obstrucción de la vía aérea superior y muerte por asfixia. Aproximadamente la mitad de los pacientes sufren al menos un ataque laríngeo a lo largo de su vida, con el consecuente riesgo vital.
El tratamiento con antihistamínicos, corticoides y adrenalina es ineficaz en estos pacientes y por tanto debe evitarse. El tratamiento en el ataque agudo más eficaz consiste en concentrado plasmático de la C1 esterasa humana (Berinert® o Cinryze®) intravenosos o fármacos sintéticos que actúan sobre la vía de contacto activada en AEH-C1-INH como un antagonista de RB2 (acetato de icatibant -Fyracir®) subcutáneos.
El curso de la enfermedad es impredecible a lo largo de la vida de un paciente, así como en los miembros de la misma familia con la misma mutación genética. El diagnóstico de AEH-C1 INH se retrasa durante un promedio de 8.5 años a partir de la presentación inicial de los síntomas, aunque algunos estudios sugieren demoras de más de 13-20 años de promedio. Estos retrasos son preocupantes por el importante riesgo de edema laríngeo que compromete la vida de los individuos afectados, así como el aumento del gasto sanitario en exploraciones, ingresos y tratamientos ineficaces a lo largo de la vida de estos pacientes.
Merece la pena destacar la gran afectación en la calidad de vida de estos pacientes, que debutan con esta patología en edades tempranas, habitualmente durante la pubertad, desarrollando una alta carga de enfermedad que les incapacita en sus actividades diarias, escolares y laborales, con un elevado coste indirecto de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es unificar a todos los pacientes con una patología muy poco frecuente en una única consulta monográfica. El número de pacientes aproximados con este diagnostico en Aragón es de alrededor de 20.
En dicha consulta se tendrá registro y conocimiento de todos los pacientes afectados en Aragón, para poder realizar un mejor seguimiento y manejo de una patología con riesgo vital y curso impredecible. Esta consulta implicara una mejor accesibilidad al sistema, dando lugar a una consulta de referencia para pacientes, familiares y facultativos, para poder optimizar todos los recursos, intentar disminuir las asistencias a urgencias y los tratamientos innecesarios.
Por otro lado, facilita el mejor conocimiento de una enfermedad rara, para poder llevar a cabo un adecuado manejo y actualización de estas enfermedades tan poco frecuentes. Se ofrece la posibilidad de un mejor aprendizaje a los residentes y estudiantes de la facultad.

MÉTODO
La oferta que se propone es la apertura de una consulta monográfica con carácter trimestral, 2 días cada trimestre, con un total de 8 días/año.
Se citaran a los pacientes cada 30 minutos a lo largo de ese día.
Se elaboraran protocolos de seguimiento (analíticas, pruebas complementarias, interconsultas), protocolo en situación de emergencia, protocolos en embarazadas y protocolos para la edad infantil.

INDICADORES
Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:
Número de pacientes atendidos en el año.
Indicadores de demanda: reducción del número de asistencias a urgencias.
Se realizara evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN
La duración del proyecto es indefinida.
El responsable de la implantación será la Dra. Lucía Ferrer en colaboración con Dra, Nieves Segura, Dr. Carlos Colas, Dra. Mª Teresa Sobrevía, Dra. Mª Mar Garcés, Dr. Apolinar Lezaun, Dra. Ana Agullo y Dra. Silvia Karina Carrión.
El proyecto se iniciara a lo largo del segundo trimestre del 2018.
La revisión para tener concluidos los protocolos es en el último cuatrimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0483

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EMMA OLMEDO ARBIZU
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO TORRES CAROLINA
BARRA BORAO VERONICA
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES
GONZALES SEJAS ARIEL
FELIPO BERLANGA FRANCESC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 1º mes, se forma tanto al personal técnico como médico en el uso y manejo del sistema de capsulas de seguridad y el procesamiento automático de las biopsias mediante sistema microondas de carga continua.
El siguiente trimestre se comienza a utilizar este sistema con algunas biopsias. utilizando todos los recursos necesarios y adaptando la forma y el sistema de trabajo por parte del personal para el uso y realización adecuado del proceso y utilizando los medios necesarios para ello.
Se reúne el grupo de calidad, se valoran los avances y resultados, siendo estos positivos, pero susceptibles de alguna mejora que se lleva a cabo. Informando y formado a todo el personal implicado en ello.
A partir del segundo trimestre se implementa el sistema a casi la totalidad de las biopsias, utilizando y normalizando el uso de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, siendo valorado esté por el grupo de calidad, satisfactoriamente pero adaptando los cambios necesarios para seguir mejorando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado la automatización del proceso de las muestras histológicas que llegan diariamente a nuestro laboratorio.
consiguiendo como objetivo principal mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la perdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que entra en nuestro servicio.
Y logrando disminuir los problemas relacionados con la manipulación, orientación y manejo, que se daban durante el procesado de las muestras histológicas con el anterior método de trabajo.
Al utilizar los nuevos recursos (campanas de tallado, procesador ondas microondas, formador de bloques etc) implantados en el servicio, se ha llegado a alcanzar el segundo objetivo y no menos importante, que es la reducción a la exposición diaria por parte del personal, ante el uso y manejo de los productos químicos formaldehído y xíleno. Al tener un menor uso y estar más protegidos frente a ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al haberse logrado los objetivos principales que se querían alcanzar con la automatización del sistema, la valoración del equipo es positiva.
Se han cumplido los plazos establecidos, y por parte de todo el personal ha habido implicación y esfuerzo para llevarlo a cabo.
Se ha mejorado en el entorno de trabajo, con lo que con lleva una disminución en los riesgos laborales.
Por lo tanto se ha mejorado en la calidad y seguridad del trabajo que se realiza diariamente, logrando así el objetivo final de nuestro trabajo, que es conseguir un diagnostico adecuado en el menor tiempo posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/483 ========== ***

Nº de registro: 0483

Título
INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
OLMEDO ARBIZU EMMA, VALERO TORRES CAROLINA, BARRA BORAO VERONICA, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, GOZALES SEJAS ARIEL, FELIPO BERLANGA FRANCESC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0483

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El servicio de anatomía patológica, se encuentra en la necesidad de disminuir las incidencias relacionadas con la manipulación, orientación y manejo, que se dan durante el procesado de las muestras histológicas, que se reciben diariamente en nuestro laboratorio de Anatomía Patológica en la fase analítica.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo principal, nos planteamos mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la perdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que recibe nuestro servicio. Enfocada a mejorar la calidad.
Como segundo objetivo, nos planteamos evitar en la mayor medida de lo posible la exposición y el uso de productos químicos (formaldehído y xileno).

MÉTODO
a) Implementación por parte del personal tanto medico como técnico, en el uso del nuevo sistema de tallaje con cápsulas de seguridad.
b) Utilización de las mesas de tallaje, y de los sistemas fotográficos, de dictado de voz y trazabilidad.
c) Procesamiento de muestras, mediante sistema microondas de flujo continuo.
d) Realización de bloques mediante sistema automático.

INDICADORES
Grado de implantación: (número de biopsias procesadas de forma automática / número total de biopsias) * 100.
Grado de eficacia: (tiempo total utilizado en una única manipulación / número total de biopsias) * 100.

DURACIÓN
1º mes: Formación del personal sobre el manejo de las cápsulas de seguridad y del proceso automático.
2º- 3º mes: Realización de algunas biopsias con este proceso. Reunión del grupo de calidad para evaluar avances.
4º- 12º mes: Implementación en el proceso al 100% de las biopsias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA TRUC LIDIA
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
RAMIREZ GASCA TERESA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
BARRA BORAO VERONICA
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como primera medida, realizamos una reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
Una vez realizado el borrador, se convocó una reunión del grupo para aprobar el modelo y se envió a la comisión de Historias Clínicas.
La comisión de Historias Clínicas, dio el visto bueno para comenzar su uso, aunque quedó paralizada porque en Gestión de Calidad se ha comenzado a desarrollar la implementación del programa de cribado cervical que va a crear unos protocolos y documentación comunes para toda la Comunidad Autónoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El nuevo documento de solicitud de cribado cervical aunque fue aprobado por la comisión de historias clínicas no ha podido implementarse ya que se ha comenzado a trabajar de forma conjunta y consensuada en un programa de cribado cervical único para toda la Comunidad Autónoma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora formado en el servicio de Anatomía Patológica valora positivamente el trabajo desempeñado y el modelo de solicitud creado, aunque por motivos ajenos a ellos no haya podido ser implementado.
En cualquier caso valoramos muy positivamente la creación por parte del Salud de un programa conjunto y consensuado de cribado cervical. Con este programa se van a seguir las recomendaciones establecidas para la detección precoz del cáncer de cérvix, implementándose un co-test que incluye tanto la determinación de HPV como el estudio de la citología en los casos pertinentes dentro de los servicios de Anatomía Patológica. De este modo se centralizará las pruebas en un solo servicio ya que dependiendo del resultado de la prueba de HPV se realizará o no la citología. Esto implica que el modelo de solicitud de cribado debe recoger datos tanto de una como de la otra prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/529 ========== ***

Nº de registro: 0529

Título
MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Autores:
LAFUENTE MAINAR BELEN, FLORIA TRUC LIDIA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA VORAO VERONICA, RAMIREZ GASCA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, GUMIEL MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRIVADO DE CERVIX
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

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

PROBLEMA
Se ha detectado que la hoja de solicitud de cribado cervical vigente en estos momentos en el sector III, no se adapta a las necesidades actuales, especialmente en lo relativo a la terminología empleada. Este modelo de solicitud, no sigue el actual sistema recomendado por todas las Sociedades Científicas (SEAP,SEC,SEGO y AEPCC), que es el Sistema Bethesda 2014.

RESULTADOS ESPERADOS
Como primer objetivo, nos planteamos que todas las solicitudes de cribado cervical recibidas en Anatomía Patológica utilicen el mismo modelo de solicitud y que el mismo, esté ajustado a los estándares internacionales.
La población diana será toda aquella susceptible de cribado cervical.
Este documento va dirigido tanto a ginecólogos del Sector III, como a matronas de Atención Primaria de dicho sector.

MÉTODO
a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
b) Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas.
c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a la nueva hoja de solicitud a todo el personal implicado (ginecólogos y matronas del Sector III).
d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN
1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
3º al 12º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0531

1. TÍTULO

TRAIJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
MOROS GARCIA MANUEL
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
MUÑOZ GUILLERMO
FELIPO BERLANGA FRANCESC
GONZALES SEJAS ARIEL
VALERO TORRES ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos reuniones con los integrantes del comité de mama donde se consensuó y se determinó el proceso a seguir; posteriormente se realizó una reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico del cáncer de mama para discutir y aclarar los criterios y coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama y sobre las piezas quirúrgicas.
Posteriormente se inició la ejecución del proyecto, comentando las dudas que surgieron en su momento y evaluando los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se incluyen desde el servicio de anatomía patológica todos los casos nuevos diagnosticados de cáncer de mama mediante biopsia, así como también el resultado final de las piezas quirúrgicas de todas las pacientes recibidas y procesadas.
La población diana:
Mujeres adultas con lesión neoplásica biopsia y/o intervenida quirúrgicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la instauración de este plan de mejora hemos conseguido agilizar las decisiones tomadas en el comité de tumores; ya que todas las pacientes son estudiadas previamente por los especialistas que tienen acceso al listado de pacientes colgadas en el comité antes del mismo.
Todas las pacientes se comentan semanalmente en el comité de tumores de cáncer de mama y de esta manera evitamos la demora en los tiempos de actuación. En el momento de la consulta con la paciente, se presenta a la misma no solo el diagnóstico de su lesión sino un plan terapéutico a seguir previamente discutido en el comité por todos los agentes sanitarios implicados.
Por lo expuesto previamente, este plan de mejora, ha sido bien recibido y se cumple al 100% por todos los patólogos que intervienen en el diagnóstico de esta patología, debido a su trascendencia sobre el tratamiento de las pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/531 ========== ***

Nº de registro: 0531

Título
TRIAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, MOROS GARCIA MANUEL, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, FELIPO BERLANGA FRANCESC, GONZALEZ SEJAS ARIEL, VALERO TORRES ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0531

1. TÍTULO

TRAIJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se observó desde el Comité de Tumores de Mama la presencia de pacientes procedentes de otros servicios diferentes a la Unidad de Mama, diagnosticadas de carcinoma mamario, cuya valoración por parte del Comité se demoraba, aumentando los tiempos de respuesta. Esto se veía agravado por la supresión del formato de papel en los informes anatomopatológicos, siendo el momento en que la paciente acudía a la consulta cuando se iniciaba la derivación a la Unidad de Mama. Ésta misma situación se observó en aquellos casos con diagnóstico de carcinoma de mama no sospechado previamente.
Una vez identificado el problema, se propuso desde el servicio de Anatomía Patológica la posibilidad de incluir directamente todos los diagnósticos de carcinoma de mama en el Comité por parte de los patólogos que realizaban el diagnóstico, permitiendo que no se escapara ningún diagnóstico tumoral con la consecuente demora en los tiempos de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados: Realizar el triaje de todos los casos nuevos de cáncer de mama desde el servicio de Anatomía Patológica para su inmediata inclusión y posterior discusión en el Comité de Tumores Mamarios.
Población diana: Todas pacientes biopsiadas por lesiones mamarias.
Servicios diana: Todos los que intervienen en diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

MÉTODO
- Propuesta del proyecto descrito previamente en el Comité de Mama.
- Reunión con los integrantes del Comité de mama para consensuar y determinar el procedimiento a seguir.
- Reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico de esta patología para coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama.
- Puesta en marcha del proyecto.
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama incluidas en el Comité de Tumores mamarios /Total de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

DURACIÓN
1º mes: Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.
2º mes: Puesta en marcha del proyecto.
4º mes: Reunión para evaluación preliminar del grado de implantación.
6º mes: Reunión para evaluación definitiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0198

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA OLAGORTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX
ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La mayoría de las transfusiones durante el periodo perioperatorio se deben principalmente a tres motivos: 1) presencia de anemia preoperatoria, 2) pérdida sanguínea intraoperatorio-postoperatoria y 3) transfusión liberal en el período postoperatorio. Por lo tanto, la adecuada evaluación del paciente con la subsecuente optimización de la hemoglobina supone una disminución en el número de complicaciones postoperatorias. Por lo tanto, es imperativo individualizar cada paciente según el contexto y el tipo de intervención para decidir la cifra de hemoglobina optima.

Se seleccionaron pacientes programados para cirugía de resección transuretral de vejiga y se realizó una consulta anestésica preoperatoria. Teniendo en cuenta, el riesgo moderado de sangrado en este tipo de intervención, elaboramos un check list» sencillo para:
-Identificar y corregir anormalidades en la coagulación y/o coagulopatía congénita
-Identificar antecedentes de sangrado en procedimientos quirúrgicos previos.
- Identificar eventos trombóticos,
-Identificar uso de fármacos antiplaquetarios y/o anticoagulantes orales, suplementos vitamínicos, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina, medicina alternativa (ginkgo, ginseng, ajo) que pueden favorecer un sangrado postoperatorio.

En la valoración preoperatoria se detectaron y pudieron corregirse alteraciones preoperatorias bien remitiendo al paciente al especialista o bien iniciando tratamiento en ese mismo momento. Con el hemograma, algún test complementario del metabolismo del hierro, un parámetro de inflamación y la tasa de filtrado glomerular es posible iniciar el tratamiento con hierro intravenoso solo o asociar eritropoyetina, con o sin hierro. En casos seleccionados puede ser necesaria una visita control a los 15 días para ver la respuesta y complementar el tratamiento. La hemoglobina objetivo está en función de las características clínicas del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos evidencian una disminución en el número de requerimientos transfusionales postoperatorios. Como consecuencia de ello se puede observar:
- Disminución en los índices de Morbilidad y mortalidad
- Disminución en el desarrollo de Infección postoperatorias
- Disminución en el número de pacientes afectados de Síndrome de dificultad respiratoria aguda y fallo multiorgánico
- Disminución en la estancia en cuidados intensivos y/o hospitalización prolongada.0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La anemia y los requerimientos de transfusión sanguínea durante el periopera- torio incrementan el riesgo de complicaciones postoperatorias retrasando en muchos casos el alta hospitalaria. La adecuada evaluación preoperatoria, la optimización de hemoglobina y riesgo de sangrado tiene un impacto positivo en la evolución del paciente al disminuir el número de posibles complicaciones asociadas.
Por lo tanto, programar una consulta anestésica preoperatoria con antelación para poder valorar y revisar las cifras de Hb en pacientes susceptibles de tratamiento es francamente necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/198 ========== ***

Nº de registro: 0198

Título
OPTIMIZAR NIVELES DE HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0198

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

Autores:
OLAGORTA GARCIA SILVIA, ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La elaboración de este protocolo nace de la necesidad creciente de desarrollar protocolos basados en la evidencia para mejorar la calidad y reducir los errores clínicos en el manejo clínico de pacientes con carcinoma vesical.

La presencia de anemia perioperatoria representa un riesgo independiente de resultados negativos en el postoperatorio, mayores costes y mayor tiempo de estancia hospitalaria. La transfusión de componentes hemáticos se asocia a efectos adversos y deben de evitarse en lo posible, de aqui la importancia de la hemoglobina previa en un paciente susceptible de cirugia vesical.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es realizar una valoración preoperatoria adecuada en pacientes de alto riesgo susceptibles de tratamiento quirurgico y detectar y corregir alteraciones en valores de hemoglobina previos a cirugia.
Con la optimización de este parametro así com posibles alteraciones en la coagulación se podran reducir los requeriminetos transfusionales y de forma indirecta se disminuiran la mortalidad y morbilidad perioperatoira.

MÉTODO
Valoración preoperatoria exhaustiva de pacientes de alto riesgo analizando valores de Hemoglobina preoperatoria así como posibles alteraciones en la coagulación.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que podrían beneficiarse de la valoración preoperatoria en consulta preanestésica

DURACIÓN
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 - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AURORA CALLAU CALVO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
BADEL RUBIO MARIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
LONGAS VALIEN JAVIER
ZARATE TEJERO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Proyecto nace de la necesidad de mejorar la información acerca del proceso quirúrgico en general y anestésico en particular, que se proporciona a pacientes pediátricos y a sus padres y/o tutores antes de ser sometido a un procedimiento anestésico.
El paciente es visto en consulta de preanestesia, donde se le solicita el estudio preoperatorio se le ofrece información sobre el proceso. Aunque se trata de hacerlo de forma fácil y comprensible, la situación estresante, el entorno hospitalario, la falta de tiempo, y otros factores, hacen que esta información no se asimile correctamente.
Se crea un grupo de trabajo con el objeto de elaborar material gráfico que mejore la información sobre el proceso y disminuya la ansiedad y el miedo preoperatorios en los niños. Este grupo está formado por adjuntos de Anestesia, Médicos Residentes y se incluye también un MIR de Pediatría que ayude a entender qué consecuencias tiene en el niño este proceso, más allá de la consulta de anestesia o del propio quirófano.
Se ha elaborado un material adaptado a niños, muy gráfico, visual, atractivo, en formato comic. Los textos utilizados se han adaptado al lenguaje infantil. Los dibujos han sido elaborados por Javier Longás, con las ideas aportadas por el grupo y los textos por Aurora Callau y Patricia García-Consuegra.
Tanto el contenido como el formato ha sido debatido en las reuniones del grupo de mejora para consensuar.
El material resultante se presentó a la Dirección en Octubre18, dando el visto bueno para su utilización, aunque recalcando la dificultad para la financiación del material. Se adjunta (ANEXOI)
A partir de ese momento se comienza a entregar a una muestra (hasta que pueda reproducirse en número suficiente para ser entregado a todos) a los niños hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente el día anterior a su intervención. Se comenta con el propio niño y con los padres el material.
Antes del alta se entrega una encuesta a los padres (ANEXO II) para valorar la intervención del Servicio de Anestesia en el proceso quirúrgico y la información recibida. Del mismo modo a los niños en edad escolar se entrega encuesta sencilla con escala Likert a través de emoticonos (ANEXOIII).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
Material gráfico elaborado, consensuado en forma y fondo: SI
% familias que han utilizado la herramienta gráfica: nº familias a los que se les ha dado el material/ nº de niños anestesiados a partir de la fecha que se pone en marcha x 100 (100%)
% Padres satisfechos o muy satisfechos con la información recibida con respecto a la anestesia de sus hijos: nº de padres satisfechos o muy satisfechos / nº padres encuestados x 100 (100%)
% niños satisfechos o muy satisfechos con la información recibida con respecto a la anestesia: nº de niños satisfechos o muy satisfechos / nº niños encuestados x 100 (90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfacción de los niños y los familiares mejora cuando la información que se les proporciona del proceso es clara, comprensible y veraz.
Adaptar la información al entorno de los niños es una excelente herramienta para conseguirlo
Implicar a los padres junto con sus hijos en el proceso, favorece la comunicación y la colaboración para conseguir el objetivo final: disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a una intervención quirúrgica
Recomendaciones:
Además de continuar midiendo la satisfacción con respecto a la información recibida y al proceso de anestesia en general, sería recomendable medir indicadores indirectos de esta satisfacción como: disminución de la ansiedad, del dolor, del consumo de fármacos, de la estancia hospitalaria etc.

7. OBSERVACIONES.
Para poder entregar el documento a todos los niños que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico, sería necesaria una vía de financiación estable que asegurara la impresión de suficientes ejemplares del material elaborado.
Los resultados alcanzados por indicadores surgen de la muestra entregada en la planta de hospitalización. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

puesta en marcha del proyecto desde la consulta ha sido iniciada al conseguir la impresión de todos los ejemplares que iban a ser necesarios, con fecha del 1 febrero 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/240 ========== ***

Nº de registro: 0240

Título
CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCU)

Autores:
CALLAU CALVO AURORA, GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, BADEL RUBIO MARIA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, ZARATE TEJERO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes pediátricos que vayan a sometidos a una intervención quirúrgica u cualquier otra prueba que necesite la asistencia de un facultativo anestesista
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El HCU lleva a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Existen expectativas de aumentar la cifra en el próximo año con la implantación del PET-TAC de referencia para los niños de todo Aragón. Los Servicios de COT, OFT y ORL intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y nuestra cartera de servicios incluye asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. A veces la población pediátrica del sector requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano, y siempre con la presencia de especialistas en Anestesia. El HCU es centro de referencia de Cirugía de Implante Coclear, Litotricia, y en los próximos meses también para exploraciones con PEC-TAC de la población Infantil en Aragón.

Ahora, un anestesista ve inicialmente al niño en consulta, donde se realiza el estudio preoperatorio. Ahí explica a padres o tutores en qué consiste el proceso, el tipo de anestesia a realizar, y las recomendaciones o pautas a tener en cuenta los días previos al ingreso para la intervención.
En el preoperatorio se ofrece información sobre el proceso, comprensible y fácil de asimilar. Además de la entrevista en la consulta o en la planta de hospitalización, podemos utilizar otro tipo de instrumentos como materiales gráficos, visitas al quirófano etc.
Diversos estudios afirman que un 60 % de los niños experimentan ansiedad en el preoperatorio y durante la inducción anestésica. Es muy importante preparar a niños y padres antes de la cirugía. La ansiedad y el miedo preoperatorios prolongan la inducción de la anestesia y pueden ocasionar problemas en el postoperatorio (trastornos del sueño, trastornos alimentarios, aparición de enuresis) que interfieren en el funcionamiento diario del niño en su proceso de hospitalización.
Se plantea la creación de un material gráfico específico dirigido a niños y padres. Muchos beneficios se asocian a una buena preparación ante una intervención quirúrgica: menor ansiedad, menor dolor, menor necesidad de fármacos y estancia hospitalaria, postoperatorios más cortos...

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
- Proporcionar información veraz y fácilmente comprensible sobre el procedimiento anestésico a realizar y disminuir la ansiedad prequirúrgica en el paciente pediátrico y sus posibles consecuencias.
Objetivos específicos:
- Crear un material gráfico que explique a niños y padres de forma comprensible todo el proceso anestésico
- Hacer partícipes a los padres y fomentar su colaboración en el proceso previo a la anestesia
- Disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a la intervención quirúrgica

MÉTODO
- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de anestesia en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

paciente pediátrico
- Material específico para niños que recibirán un procedimiento anestésico. Así facilitar una buena preparación antes de la intervención quirúrgica. El material contemplará diversos aspectos (ansiedad previa, síntomas asociados, técnicas a utilizar). Se presentará de forma gráfica, fácilmente comprensible
- Material para padres y niños con pautas a seguir los días previos a la cirugía de forma clara y sencilla
- Visita al niño por un anestesista el día previo a la intervención para recordar últimas pautas, resolver posibles dudas y verificar si el niño es apto para la cirugía
- Encuesta de satisfacción anónima a los padres para valorar la intervención del servicio anestesia
- Encuesta a los niños (en edad escolar) a través una escala de Likert registrada en emoticonos
- Recogida y revisión de datos de las encuestas para realizar la evaluación

INDICADORES
- Material gráfico realizado SI / NO
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de niños satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de padres y/o niños que han utilizado la herramienta (con respecto al número de pacientes pediátricos anestesiados)

DURACIÓN
- Duración del proyecto: 1 año
- Junio-Agosto 2018:
" Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material gráfico
" Actualización de procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría y elaboración de protocolos
" Sesión informativa a facultativos para la exposición del proyecto, nuevos protocolos, y de la información que debe ser entregada a padres y niños
- Agosto-Septiembre 2018: comienzo de la realización del material gráfico
- Octubre 2018: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión
- Noviembre 2018: entrega de folletos informativos y puesta en marcha de nuevos protocolos
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0467

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLAGORTA GARCIA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Selección de los pacientes programados para cirugía de colon atendidos en la consulta de anestesia preoperatoria. Dentro de este grupo se identificaron aquellos con patología respiratoria o con comorbilidades asociadas que pudieran presentar complicaciones respiratorias postquirúrgicas. Se reajustó el tratamiento de base de la patología respiratoria correspondiente, insistiendo a los pacientes en su correcto cumplimiento, se realizó pruebas complementarias en aquellos casos que se estimó oportuno (gasometría, espirometría, ...), derivando a neumología para una reevaluación a los pacientes con peor control de su patología.
Se aseguró la toma del tratamiento broncopulmonar el día previo a la intervención quirúrgica y también la misma mañana de la cirugía de colon justo antes de la entrada en quirófano.
Se priorizó el uso de técnicas analgésicas locorregionales (bloqueos TAP, catéteres epidurales, anestesia subaracnoidea,....) como medida encaminada a disminuir el uso de derivados opioides para tratamiento del dolor postoperatorio.
Durante el período intraoperatorio se optimizó el modo de ventilación mecánica invasiva asegurando una buena oxigenación, evitando la hipercapnia excesiva en las cirugías laparoscópicas, y además realizando maniobras de reclutamiento y el uso de ventilación mecánica con PEEP como medidas para evitar la formación de atelectasias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se consiguió que los pacientes llegaran a la cirugía de colon con su patología respiratoria mejor controlada. Siendo reevaluados por neumología aquellos casos más rebeldes al tratamiento o peor controlados.
- Mayor adhesión al tratamiento broncopulmonar de los pacientes
- Se aseguró la toma medicamentosa broncopulmonar correspondiente previa a la cirugía.
- Aumento del uso de técnicas analgésicas locorregionales
- Disminución del consumo de opiáceos postquirúrgicos en el postoperatorio inmediato en la URPA
- Disminución del consumo de opiáceos en el postoperatorio en la planta de cirugía
- Aumento de la ventilación mecánica invasiva con medidas encaminadas a evitar atelectasias
- Disminución de la necesidad de soporte ventilatorio invasivo postquirúrgico
- Disminución en la incidencia de infecciones respiratorias postquirúrgicas
- Disminución en los valores absolutos referidos por los pacientes en las escalas de dolor postoperatorio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos han sido satisfactorios y acordes a lo esperado. Creemos que el seguimiento más estrecho de los pacientes incluidos en este proyecto ha sido la clave para poder aplicar las medidas incluidas en él y también para asegurar su correcto cumplimiento. El trabajo coordinado entre la consulta de anestesia preoperatoria, neumología, dolor agudo postoperatorio y cirugía resulta fundamental para obtención de beneficios importantes objetivables en este tipo de pacientes con patología respiratoria sometidos a cirugía de colon. Las medidas incluidas en este proyecto podrían ser aplicables a otros tipos de cirugías que comprometan la función ventilatoria postoperatoria (cirugía torácica, hepato-biliar,....) pudiendo obtener en dichos pacientes beneficios similares a los ya obtenidos en los pacientes de cirugía de colon.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/467 ========== ***

Nº de registro: 0467

Título
PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0467

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
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
Identificar preoperatoriamente a los pacientes de riesgo además de realizar una adecuación de las técnicas anestésicas y analgésicas para evitar las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugía de colon de forma programada.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución de las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugia de colon de forma programada. Elaboración de un protocolo.

MÉTODO
Identificar y optimizar los pacientes con patología pulmonar en la consulta preanestésica. Adecuación de la ventilación mecánica intraoperatoriamente. Utilización de técnicas analgésicas locorregionales.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que se beneficien de las técnicas anestésicas y analgésicas dirigidas a disminuir las complicaciones respiratorias postoperatorias

DURACIÓN
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 - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GONZALO YUNGE DEL POZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA NOEMI
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
GRIMA LAENCINA GEMA
MARTIN HERRERO EVA
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
CARRANZA VAZQUEZ PILAR
VALDRES CORRAQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La incidencia de las infecciones guirúrgicas de prótesis vasculares ha ido disminuyendo a lo largo de los años como resultado de mejora de las técnicas quirúrgicas, de los materiales empleados y de la profilaxis antimicrobiana. No obstante, aunque las infecciones son complicaciones relativamente infrecuentes son devastadoras y se asocia con elevadas tasas de mortalidad y pérdida de miembros.
Respecto a la infección quirúrgica consideramos que existen medidas “Gold Standard” que nunca deberíamos dejar de cumplir: la adecuada profilaxis quirúrgica, el corte del vello en lugar del rasurado, la correcta antisepsia de la piel y el control de la normoglucemia y la normotermia. Nuestro objetivo es mejorar estas medidas centrándonos en la adecuada profilaxis antibiótica. Se realiza búsqueda bibliográfica para analizar si el antibiótico utilizado actualmente como profilaxis previa a las cirugías realizadas en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa es el más indicado y si el número de dosis administradas son las necesarias o hay una opción de mejora para el paciente con capacidad de disminuir la tasa de infección en este tipo de cirugías. Se realizan reuniones con el servicio de infecciosas para establecer el protocolo más beneficioso y poder reducir la tasa de infección postquirúrgica minimizando los efectos secundarios de los medicamentos según el tipo de cirugía. Teniendo en cuenta la implantación o no de material protésico y el tipo de cirugía limpia o sucia. Observamos indicada una sola dosis de antibiótico previa a la intervención sin ser necesarias las dos dosis posteriores administradas actualmente salvo algunas excepciones como prolongación de la cirugía, sangrado de importante debito... Tanto la cefuroxima 1,5 gr intravenoso que es el actual antibiótico utilizado como la cefazolina 2 gr intravenoso están correctamente indicadas, quedando pendiente de concretar con el servicio de infecciosos el cambio de antibiótico a cefazolina próximamente y valorar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se inicia una primera decisión según las guías más actualizadas y en consenso con el servicio de infecciosas: reducir las dosis de antibiótico profiláctico administradas. Se reducen las 3 dosis en 24h administradas cada 8 horas intravenosas a una sola dosis previa a la cirugía. Solo en situaciones de importante debito de sangrado o intervenciones quirúrgicas de más de 4 horas se administra una nueva dosis de antibiótico. Esto se ha llevado a cabo durante el último año, sin observarse un aumento de tasa de infección quirúrgica postoperatoria y tras la revisión de las historias clínicas se observa un correcto cumplimiento del protocolo en el 90% de los casos. El antibiótico se administra en caso de cirugías que no sean limpias o precisen implante de material protésico, algo muy frecuente en nuestra cirugía, pero cuya infección conlleva una muy alta morbimortalidad del paciente. Respecto al antibiótico recomendado para intervenciones en Cirugía Vascular: cirugía con implante de prótesis/endoprótesis vasculares o injertos, implante de marcapasos/desfibrilador y tanto en cirugías de alto riesgo como en la cirugía de aorta abdominal/ miembros inferiores con implante de prótesis-endoprótesis-injertos así como en las de bajo riesgo: cirugía de miembros superiores y carótida si precisan implante de parche/injerto, el antimicrobiano indicado es la cefuroxima o la cefazolina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No es necesaria la administración de varias dosis antibióticas de forma rutinarias dentro de las 24h tras la intervención quirúrgica. No se ha visto aumento de la tasa de infección en nuestro servicio al utilizar solo una dosis previa a la intervención salvo casos en los que por alta cuantía de sangrado o número de horas de intervención quirúrgica en las que se ha administrado una dosis más de antibiótico. Todo ello supone una mejora en la calidad del paciente, minimizando los efectos secundarios de los medicamentos sin ser necesarios, sin aumentar el riesgo de infección, así como un ahorro de coste económico y prevención de resistencias polimicrobianas a los antibióticos que tantos problemas nos están causando.

7. OBSERVACIONES.
Hemos cambiado nuestro protocolo hospitalario en la profilaxis antibiótica prequirúgica de nuestros pacientes, bajo el asesoramiento del servicio de infecciosas y las guías más actualizadas. Mejorando la calidad de vida del paciente, con ahorro económico secundario y disminuyendo las resistencias antibióticas. Sin asumir riesgo de infección tras las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro servicio. Como segunda parte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

proyecto queremos valorar el cambio de tipo de antibiótico, posiblemente iniciaremos un nuevo protocolo con cefazolina iv tras revisar las últimas actualizaciones, aunque ambos están bien indicados.
La incidencia de las infecciones quirúrgicas varía dependiendo de los diferentes estudios, del tipo de infección considerada, del lugar de la incisión, oscilando dentro de un rango del 7% al 44% si consideramos todas las infecciones, o entre el 0,5% a 5% si sólo tenemos en cuenta las infecciones protésicas propiamente dichas; y ello a pesar de la profilaxis antibiótica utilizada en este tipo de procedimientos. Por ello debemos seguir trabajando para reducir con las medidas necesarias las tasas de infección de las heridas quirúrgicas en particular y de la infección postoperatoria en general, ya que se trata de uno de los retos actuales que interpela a todo profesional en su actividad asistencial y en el que aún nos queda un largo camino por recorrer.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/376 ========== ***

Nº de registro: 0376

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

Autores:
SANCHO GRACIA NOEMI, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, GRIMA LAENCINA GEMA, BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL, MARTIN HERRERO EVA MARIA, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, CARRANZA VAZQUEZ PILAR, VALDRES CORRAQUINO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Infecciones postoperatorias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se observa la necesidad de revisar el protocolo de profilaxis antibiótica, para la actualización de los antibióticos mas efectivos en el momento actual en colaboración con el Servicio de Infecciosas, así como la necesidad de disminuir el numero de dosis de antibiótico suministrada tras el procedimiento quirúrgico, dado que tiene la misma efectividad y se consiguen disminuir los efectos secundarios de la administración de dichos tratamientos antibióticos a altas dosis, además de la repercusión económica que esto asocia.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión bibliográfica de los tratamientos antibióticos recomendados actualmente para la profilaxis antibiótica en la infección de herida quirúrgica en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular.
Establecer el tipo de antibiótico indicado, el tratamiento sustitutivo en caso de alergia al fármaco de elección, la dosis, el número de dosis necesarias y especificar el tipo de intervenciones que precisan profilaxis.

MÉTODO
Establecer un protocolo de actuación en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular en colaboración con el servicio de Infecciosas, para ser implantado de forma unánime, con el fin de mejorar los resultados y minimizar la tasa de complicaciones infecciosas tras la intervención quirúrgica. A la vez disminuir los efectos secundarios innecesarios de la administración de los antibióticos y conseguir una mejora económica secundaria.

INDICADORES
Revisión de las historias clínicas y comprobación del tipo de antibiótico utilizado en la profilaxis, la dosis y la utilización de una sola dosis previa a la intervención, salvo las situaciones que se indican, en las que precisa nueva dosis de antibiótico.
Analizar si se aplica correctamente el protocolo y si es efectivo, objetivando la tasa de infección de herida quirurgica.

DURACIÓN
Se inicia la revisión de bibliografía así como reuniones con el servicio de infecciosas realiza a partir de Febrero de 2018. Se realizara el protocolo en un plazo de 3-6 meses para posterior implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

OBSERVACIONES
El protocolo genera un beneficio para el paciente, con reducción de la tasa de infección, disminución de la dosis y los efectos secundarios, así como un beneficio económico al disminuir el número de dosis necesarias y establecer el tratamiento antibiótico mas eficaz.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOEMI SANCHO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUNGE DEL POZO GONZALO
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
MARTIN HERRERO EVA
GRIMA LAENCINA GEMA
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
CARRANZA VAZQUEZ PILAR
VALDRES CORRAQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El tratamiento endoluminal de los aneurismas de aorta es un campo en desarrollo, la mayoría de prótesis están en continuo desarrollo y es imprescindible un estricto seguimiento de los pacientes para evaluar los resultados y detectar la aparición de complicaciones.
El seguimiento ira encaminado esencialmente a:
• Determinar el crecimiento o reducción del tamaño del aneurisma
• Comprobar la correcta permeabilidad, deformación o migración del injerto
• Detectar la existencia de fugas o “endoleaks”
La permeabilidad del injerto y la existencia de acodamientos u estenosis es también detectable con ecodoppler, aplicando los criterios descritos para el seguimiento del sector iliaco. Ello asociado a una simple radiografía de abdomen nos ofrece casi toda la información necesaria.
Estudios realizados recientemente demuestran que el eco doppler realizado por un explorador experimentado ofrece una elevada capacidad de detectar fugas con un bajo índice de falsos negativos (sensibilidad 91.7% y VPN 99.4%) aunque puede sobreestimar su presencia (especificidad 98.9, VPP 78.6 %). Asimismo, es posible determinar el origen de la fuga, ya sea un relleno del saco aneurismático a partir de ramas lumbares o mesentérica inferior (tipo II) o a partir del injerto, anclaje proximal, distal o de segmentos intermedios (tipo I). En este campo, la utilización de ecopotenciador puede mejorar la fiabilidad de la técnica permitiendo detectar pequeñas fugas, sobre todo las tipo II difícilmente detectables con examen simple.
Por ello se realiza un protocolo de seguimiento mediante eco doppler de los aneurisma de aorta abdominal (AAA) intervenidos mediante técnica endovascular (EVAR). Se presenta en sesión a los componentes del servicio para su instauración de forma protocolizada y unanime. Se inicia en el laboratorio de Cirugía Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa por parte de cinco miembros del servicio la realización de eco doppler arterial de aorta y extremidades inferiores para el control post-EVAR según el protocolo presentado. Anteriormente se controlaban los pacientes mediante Angio TC aórtico anualmente, con los riegos derivados de: la irradiación anual a la que era sometido el paciente durante el resto de sus años de supervivencia y el riesgo nefrotóxico por la inyección de contraste iv. Siguiendo el protocolo se solicita Angio TC de aorta y Eco doppler arterial al mes de la intervención, y posteriormente se controla mediante eco doppler a los 3-6-12 meses de la cirugía durante el primer año y posteriormente mediante eco doppler anual siguiendo las recomendaciones de las ultimas guías. Solo se solicita control mediante Angio TC en el caso de observarse fuga con indicación quirúrgica para planificación de la intervención quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante un año se han controlado 80 pacientes en nuestro laboratorio y se han intervenido 20 aneurismas mediante técnica EVAR en el último año, los cuales se van sumando a los pacientes que precisan control con eco doppler y disminuyendo el número de pruebas diagnósticas invasivas solicitadas.
Se ha realizado el protocolo de forma sistemática durante este año, con buena correlación entre eco doppler y Angio TAC realizado ante la visualización de fugas. Se obtiene un gran beneficio al no someter al paciente al riesgo de irradiación durante décadas de control y se evita el riesgo nefrotóxico tras la inyección de contraste iv, considerando el alto número de pacientes dada la edad con insuficiencia renal. Supone un ahorro económico importante evitando numerosas pruebas diagnósticas invasivas seriadas anualmente y una reducción del número de consultas en nuestro servicio, dado que estos pacientes ya solo son controlados en el laboratorio sin tener que volver a ser citados en consultas y realizando en el mismo laboratorio en control y exploración vascular, excepto la primera revisión tras la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El eco doppler es la modalidad diagnóstica ideal para screening y seguimiento pre y postquirúrgico del AAA. Se ha adquirido gran destreza en el control y la detección de complicaciones tras implante de EVAR en pacientes con aneurisma aorta abdominal y también se realiza seguimiento de aneurismas iliacos y poplíteos. Los resultados obtenidos nos confirman que es fiable el seguimiento con eco doppler además de todos los beneficios derivados para el paciente, para el hospital a nivel económico y en nuestro servicio, implicando reducción de las listas de espera en consultas externas y evitando a los pacientes visitas sucesivas al hospital.

7. OBSERVACIONES.
En el seguimiento de estas prótesis la utilización de ecodoppler no representa, como en otros sectores, un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

gasto añadido, sino que puede disminuir la frecuencia de exploraciones más caras, que comportan una elevada carga de radiación y contraste para el paciente. Podemos ir ampliando los estudios con eco doppler a otras patologías vasculares como la patología arterial periférica, reduciendo la necesidad de realizar Angio TC y arteriografías, minimizando riesgos para el paciente y agilizando nuestra actividad laboral.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/710 ========== ***

Nº de registro: 0710

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

Autores:
YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, GRIMA LAENCINA GEMA, MARTIN HERRERO EVA MARIA, BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente, el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal se realiza de manera cada vez más frecuente. Se ha observado en diversos centros que en los últimos 10 años ha habido un aumento en la tendencia a tratar esta patología con dispositivos no invasivos, suponiendo una menor tasa de complicaciones peritoreatorias, una menor estancia hospitalaria y un mayor confort del paciente entre otras.
Hay asociado a esta técnica quirúrgica un seguimiento periódico ya que el implante de éstos dispositivos no está exento de complicaciones. Se necesitan pruebas de imágenes para corroborar el correcto funcionamiento de la prótesis y la ausencia de complicaciones en los distintos sectores arteriales involucrados en la técnica.
Previamente el seguimiento se realizaba con AngioTC, obteniendo imágenes de alta calidad pero exponiendo a los pacientes a una cantidad de radiación que podría ser perjudicial. Actualmente existen estudios que vinculan al seguimiento con TC exclusivamente de éstos pacientes con la aparición de neoplasias asociadas a la excesiva radiación.
Por esto es que en el año 2017 se realizó una revisión bibliográfica y en base a esto y la experiencia de otros centros se formuló un nuevo protocolo de seguimiento en los pacientes postoperados de endoprótesis aórticas, basándonos en el mayor uso del eco doppler.
Hay evidencia en la actualidad que apoya el uso del eco doppler en el seguimiento de estos pacientes, reservando el uso del AngioTC para el control inicial y posteriormente sólo en caso de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto se dirige a los pacientes intervenidos en nuestro servicio de aneurisma de aorta abdominal y que se haya implantado una endoprótesis. Se espera conseguir una menor utilización del AngioTC para el seguimiento de estos pacientes.
A la vez al ser un proyecto que realiza nuestro servicio en la mayoría de los casos, se disminuye la sobrecarga al servicio de radiología ya que solicitamos menos AngioTCs.

MÉTODO
El protocolo actual de seguimiento de los pacientes con endoprótesis aórtica es el siguiente (de manera simplificada):
- Al mes postimplante se realiza AngioTC del sector aortoiliaco, radiografía de abdomen simple y una ecografía doppler del sector aortoiliaco.
- El seguimiento en un paciente sin complicaciones se realizaría con ecografía doppler y radiografía de abdomen a los 6 meses post implante, al año post implante y luego de manera anual.
- En caso que aparezca una complicación en los controles con ecodoppler se complementaría la exploración con un AngioTC el cual sirve para confirmar el hallazgo diagnóstico y planificar la intervención.

INDICADORES
Se realiza un registro de pacientes en seguimiento, dejando constancia de las exploraciones realizadas, asegurando que se cumpla el protocolo de seguimiento implementado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

DURACIÓN
El proyecto se encuentra implementado en la actualidad y se mantendrá hasta que sea necesaria una nueva revisión de éste.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR GUTIERREZ SAMPER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
LLORENTE FERNANDEZ ELENA
FABRE ESTREMERA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Junio de 2018.
Se inicia la determinación de muestras de inhibina A en el analizador Access 2 en Julio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle en Julio de 2018.
- Se realiza una base de datos con los cribados de segundo trimestre, triple y cuádruple test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Desde el 1 de julio 2018 hasta el 31 de Enero de 2019 tenemos 68 cribados de segundo trimestre, que suponen el 6.14% de todos los cribados prenatales. El cribado de primer trimestre se ha realizado a 1039 gestantes, 93.86%, en dicho período.
- Con los resultados obtenidos hasta ahora no podemos calcular tasas de detección debido a que tenemos que esperar a que finalicen las gestaciones.
- Hemos observado que el número de pruebas de ADN fetal en sangre materna se han reducido al introducir la inhibina A y calcular el quádruple test en comparación con el triple test.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recoger más casos y evaluar tasas de detección de todo el período.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/608 ========== ***

Nº de registro: 0608

Título
IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Autores:
GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, LLORENTE FERNANDEZ ELENA, FABRE ESTREMERA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cribado prenatal permite seleccionar a las gestantes con mayor riesgo de desarrollar un defecto congénito. Aproximadamente el 3% de los recién nacidos presentan una anomalía congénita, siendo el Síndrome de Down la cromosomopatía más común y la causa más frecuente de retraso mental.
El cribado bioquímico de segundo trimestre constituye la alternativa al cribado prenatal de primer trimestre, en las mujeres gestantes que inician el control prenatal de forma tardía, a partir de la 14 semana de gestación.
Existen tres estrategias de cribado bioquímico de segundo trimestre: el doble test bioquímico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

consistente en determinar alfafetoproteína (AFP) y gonadotropina coriónica humana (ß-HCG), el triple test bioquímico determina AFP, ß-HCG y estriol (uE3) o el cuádruple test bioquímico (AFP, ß-HCG, uE3 e inhibina A). Hasta ahora en nuestra Área se realizaba el triple test con unas tasas de detección de Síndrome de Down del 60%.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implantar el cuádruple test bioquímico, con la determinación de la inhibina A. Este test aumenta la tasa de detección del Síndrome de Down en las gestantes que empiezan tarde el control de su embarazo, que en nuestro Área es de aproximadamente el 5% de todas las gestantes.
Según la bibliografía la tasa de detección del triple test bioquímico está en torno al 69% frente al 81% del cuádruple test bioquímico, ambos para una tasa de falsos positivos del 5%.

MÉTODO
Determinar la inhibina A en el equipo Access de quimioluminiscencia de Beckman Coulter. Y este parámetro se combina con las otras tres determinaciones analizadas, mediante una técnica de fluoroinmunoensayo en el analizador Delfia Xpress de Perkin Elmer. El cálculo del cuádruple test se realiza con el programa informático Lifecycle de Perkin Elmer.

INDICADORES
- Número de gestantes a las que se realiza el cribado prenatal de segundo trimestre.
- Tasa de detección del cuádruple test bioquímico.
- Tasa de detección del triple test bioquímico.

Se compararán las tasas de detección del cuádruple test bioquímico con las tasas de detección que se obtendrían con el triple test bioquímico en las gestantes de nuestra Área

DURACIÓN
- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Mayo y Junio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle durante el mes de junio de 2018.
- Comparación de las tasas de detección del cuádruple y triple test desde Julio de 2018 hasta Julio de 2019, con revisión cada 3 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 - 2018/0879

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA RAMOS ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUEBO MUÑIO MARIA
FERNANDEZ GONZALEZ AYLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha cuantificado la alfa2macroglobulina y albúminia en orinas hematúricas con presencia de hematies dismóficos, y en orina con hematies normales para ver si observan diferencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el número de hematurias con hematies dismórficos es muy escaso, no se ha podido llegar a ninguna conclusión en estos momentos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguiremos trabajando unos meses mas para ver si este parámetro nos permite clasificar las orinas en función de su origen

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/879 ========== ***

Nº de registro: 0879

Título
IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

Autores:
RAMOS ALVAREZ MONICA, ARRUEBO MUÑIO MARIA, FERNANDEZ GONZALEZ AYLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en el diagnóstico clínico

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

PROBLEMA
La hematuria puede clasificarse en función de su origen en glomerular o postglomerular. La identificación del origen de la hematuria es importante ya sea desde Atención Primaria para derivar al paciente hacia Nefrología o Urología, como desde la Atención Especializada para orientar al diagnóstico y la indicación de otras pruebas complementarias, algunas de las cuales de carácter invasivo. El estudio de la morfología de los hematíes o hematíes dismórficos, es el parámetro de laboratorio más utilizado con este fin, pero este estudio presenta ciertas limitaciones. Entre ellas está la subjetividad del observador, la baja estabilidad de las formas alteradas de los hematíes, y la amplia zona gris de 20-80% de hematíes dismórficos respecto al total de hematíes presentes en la muestra, donde no permite clasificar claramente la hematuria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implementar en las orinas con hematuria en las que interesa identificar el origen del sangrado, la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina. Se trata de una proteína de gran tamaño que no llega a atravesar el glomérulo ni en casos de glomérulos muy dañados. De esta manera, su presencia en la orina nos orientaría hacia un origen postglomerular del sangrado, mientras que su ausencia estaría más asociada con un origen glomerular.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0879

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

En las orinas donde se solicite el estudio de hematíes dismórficos se añadirá la cuantificación de las proteína alfa-2-macroglobulina y albúmina en orina, y se calculará la ratio entre ambas proteínas. En aquellas orinas cuyo valor de albuminuria sea >100 mg/L, si la ratio alfa-2-macroglobulina/albúmina se encuentra entre 2-31 x 10 -2 orientaría hacía un origen postglomerular del sangrado, mientras que un valor entre 0,01-2 x10 -2 lo haría hacia un origen glomerular.

INDICADORES
- En 10 pacientes con diagnóstico de hematuria glomerular, se comprobará de forma retrospectiva, que la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina apoya el diagnóstico.
- En caso afirmativo se pondrá en marcha el proyecto, añadiendo la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina a todas las orinas en las que se soliciten hematíes dismórficos.
- Transcurrido un mes desde la puesta en marcha, se evaluará junto con el servicio de Nefrología el valor añadido de dicha cuantificación para la orientación al diagnóstico.

DURACIÓN
Puesta a punto de la técnica de determinación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina: Abril-Mayo 2018.
Evaluación inicial por parte del laboratorio: Mayo a Julio 2018.
Inclusión de los resultados de la cuantificación de alfa-2-macroglobulina junto con el estudio de hematíes dismórficos en el informe de laboratorio: Agosto 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 - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EMMA LARA NAVARRO
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE GARCES VIOLETA
RUIZ BUDRIA JOSE
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
FERNANDEZ GONZALEZ AYLA
PALACIOS FIGUER JULIA
LEON GAÑETE INMACULADA
ALMUDI SADABA ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica de forma individual.
- Reunión 31/10/18: Presentacion de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU. Se realizarón las siguientes actuaciones:

Se ponen en común las nuevas recomendaciones en determinación de lípidos que están resumidas en el documento de consenso de las sociedades sea, Española de Cardiología, SEQC, semFYC y SEMERGEN. Acordandose realizar los siguientes cambios:
- Informar el cálculo de colesterol no-HDL (Colesterol total-Colesterol HDL). Para ello es necesario crear la prueba en el Sistema informático de Laboratorio Modulab.
- Eliminar los valores de referencia que aparecen actualmente en el informe de LDL y apo B por considerar más actual hablar de valores Objetivo dependiendo del riesgo Cardiovascular del paciente.
- Insertar una tabla con los valores Objetivo según el riesgo cardiovascular tras los valores del colesterol no HDL.
- Realizar una modulación de la demanda de determinaciones de colesterol según las recomedaciones del documento consenso no realizándose a aquellos pacientes en lo que se ha realizado la determinación en un plazo inferior a una semana.
- Modificación de los valores de referencia de Lipoproteína A <50 mg/dL
- Redactar una nota explicativa para los servicios peticionarios resumiendo estas actuaciones en el informe del perfil lipídico.
- En un medio plazo se propone la creación de distintos perfiles de Bioquímica General dependiendo de si el paciente es hospitalizado de recién ingreso o ingreso de larga duración.

Se realizan los cambios en el Sistema Informático de laboratorio Modulab Gold:
• Se crea la prueba de Colesterol no HDL como cálculo de colesterol total – colesterol HDL que se añade cada vez que existe la prueba colesterol y colesterol HDL.
• Se eliminan la nota de valores de referencia de LDL y ApoB añadiéndose la tabla:

Objetivo terapéutico para colesterol LDL, colesterol no-HDL y apoB, según riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular	Objetivo		
	Colesterol LDL	Colesterol no-HDL	Apo B
Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dl	< 145 md/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

• Se añaden reglas de rechazo para modulación de la demanda para todos los pacientes. En la cual se rechazan las pruebas Colesterol, Colesterol HDL, colesterol no HDL, colesterol LDL (directo y calculado) si se ha realizado la prueba en menos de una semana.
• Se cambian los valores de referencia de Lp A <50 mg/dl

El responsable técnico de Bioquímica Automatizada redacta la siguiente nota explicativa para los servicios peticionarios:
Desde el Servicio de Bioquímica Clínica se informa a todos los Servicios Clínicos de la puesta en común de las nuevas recomendaciones de las determinaciones de lípidos recogidas en el documento de consenso de las sociedades, SEA, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Medicina del Laboratorio(SEQC), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y SEMERGEN.
• Se informará el cálculo de colesterol no-HDL
• Se sustituirán los intervalos de referencia de Colesterol LDL y ApoB, que aparecen actualmente en el informe, por los valores objetivo dependiendo del riesgo cardiovascular (ver tabla adjunta)
• Se realizará la modulación de la demanda en las determinaciones de colesterol total según las recomendaciones de este documente consenso, no realizándose con una diferencia de tiempo inferior a una semana (en pacientes ingresados)
• Se modifican los intervalos de referencia de la lipoproteína A < 50 mg/dL

Objetivo terapéutico para colesterol LDL, colesterol no-HDL y apoB, según riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular	Objetivo		
	Colesterol LDL	Colesterol no-HDL	Apo B

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dl	< 145 md/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han modificado el 100% de los informes del perfil lipídico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se recomienda una revisión cada dos años como mínimo de la bibliografía del perfil lipídico.
Se recomienda una modulación de la demanda según las recomendaciones de las distintas sociedades en función del tipo de paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1273 ========== ***

Nº de registro: 1273

Título
ACTUALIZACION DEL INFORME DEL PERFIL LIPIDICO

Autores:
LARA NAVARRO EMMA, LATORRE GARCES VIOLETA, RUIZ BUDRIA JOSE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, FERNANDEZ GONZALEZ AYLA, PALACIOS FIGUER JULIA, LEON GAÑETE INMACULADA, ALMUDI SADABA ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
En noviembre de 2017 se publicó un documento consenso entre las sociedades Españolas de Arteriosclerosis (SEA), Cardiología, Medicina de Laboratorio (SEQC ML), Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) y de médicos de Atención primaria (Semergen), para establecer unas recomendaciones para el control del perfil lipídico, análisis de las fuentes de variabilidad de dicho perfil y recomendaciones para el informe del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es analizar el documento consenso “Homogeneización de los valores del perfil lipídico” y poner en práctica las recomendaciones que en él se tratan.

MÉTODO
- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica.
- Presentacion de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Realizar cambios necesarios que se puedan realizar inmediatamente y establecer cronogramas para realizar todos los cambios.
- Informar a especialistas clínicos de los cambios realizados.

INDICADORES
% de informes de perfiles lipídicos actualizados/ mes

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Finalización del proyecto en Diciembre 2018. Seguimiento en años sucesivos para incorporar actualizaciones futuras que se produzcan en estas determinaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENTE MARTIN SILVIA
PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES
PALACIOS FIGUER JULIA
MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA
ROS LOPEZ SUSANA
LAMATA HERNANDEZ FELIX
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para alcanzar las actividades propuestas en el proyecto, el equipo se ha reunido en varias ocasiones para revisar los objetivos y su cumplimiento, con ello se han analizado los principales errores observados durante la fase analítica y postanalítica y se ha propuesto una solución para intentar reducirlos, se han concretado los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi y se ha decido reducir a una única muestra la determinación de calcio total y PTH basal. Una vez consensuados estos puntos se ha establecido un protocolo de trabajo en el que se incluyen las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo del laboratorio de rutina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombre del Indicador----------Valor (resultado cuantitativo) del Indicador
Nº de incidencias antes/después del protocolo: 70%/5%
Reducción del nº incidencias analíticas: 65%
Encuestas personal: grado de satisfacción: Muy útil: 80% / Útil: 20%
Encuestas personal: grado de comprensión y compromiso: 100%
Disminución tiempo de respuesta: 50%
Sesiones informativas y reuniones: 4

El protocolo ha permitido optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio en su fase analítica y postanalítica. Se ha conseguido reducir el tiempo de emisión de resultados a la mitad y se ha mejorado la comunicación entre cirujanos y laboratorio, estableciendo protocolos de trabajo útiles y comprensibles para los profesionales implicados en el procesamiento de las muestras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha sido diseñado con la intención de establecer un protocolo de trabajo para optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio con el objetivo de mejorar el servicio proporcionado por el laboratorio y con ello, la calidad asistencial. Los resultados han sido muy positivos en todos los indicadores analizados, el protocolo ha quedado establecido y el proyecto ha concluido satisfactoriamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/596 ========== ***

Nº de registro: 0596

Título
OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Autores:
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, LORENTE MARTIN SILVIA, PALACIOS FIGUER JULIA, MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA, ROS LOPEZ SUSANA, LAMATA HERNANDEZ FELIX, GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la última década se ha extendido el uso de la monitorización intraoperatoria de la parathormona (PTHi) en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HPTP). La vida media de esta hormona es de 5 minutos, por lo que la curva trazada por el nivel de PTH durante la intervención permite conocer la cuantía de la extirpación del tejido hiperfuncionante. De este modo, una caída significativa de los niveles posquirúrgicos de PTH tras haberse efectuado la resección de la(s) glándula(s) anormal(es) es un buen predictor de éxito quirúrgico. El estudio del perfil evolutivo de la PTHi tras la exéresis glandular se realiza en el laboratorio con un tiempo estimado de 30 minutos desde la recepción de las muestras. Sin embargo, en el laboratorio hemos detectado que las muestras recibidas no siempre reúnen las condiciones deseables, no siempre están correctamente etiquetadas, en ocasiones no son reconocidas por el analizador y en consecuencia el informe de resultados se demora. Para ofrecer un servicio más rápido y de mejor calidad resulta necesario revisar las condiciones en las que se reciben las muestras, concretar los puntos incluidos en el perfil evolutivo de la PTHi y establecer un protocolo de trabajo que incluya una comunicación fluida entre cirujanos y laboratorio. Este proyecto surge para dar continuidad al proyecto de mejora de la fase preanalítica.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio
2.Establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio
3.Reducir el tiempo de emisión de resultados
4.Mejorar la comunicación entre cirujanos y laboratorio

MÉTODO
. Revisar y reducir los errores más frecuentes por los que el analizador no reconoce la muestra
. Determinar en una única muestra calcio y PTH basal, con lo que se evita extracción de muestras innecesarias al paciente.
. Protocolizar la fase analítica y postanalítica y concienciar de la importancia de la determinación entre los técnicos de laboratorio que procesan las muestras.
. Establecer las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo de laboratorio de rutina.
. Consensuar con los cirujanos los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi
. Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre ambos servicios.

INDICADORES
. Número de incidencias registradas en recepción de muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo
. Número de incidencias registradas durante la fase analítica. Se valorará la reducción del número de incidencias analíticas desde la implantación del protocolo
. Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Podremos evaluar si se ha comprendido, incluir sugerencias, comprobar el grado de satisfacción del personal
. Tiempo de respuesta informe de resultados, permitirá valorar la disminución del tiempo en la emisión de resultados.
. Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO: La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.

Durante el cuatrimestre trimestre del año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de resultados y se buscará soluciones que resuelvan los problemas más comunes, además de preparar y establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio que incluya el trabajo técnico y facultativo.

En el segundo cuatrimestre se procederá a la puesta en común entre cirujanos y bioquímicos, donde se consensuarán y establecerán los mejores puntos a incluir en el perfil de valoración de PTHi y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesiones implicados conocer el proceso completo.

Finalmente, el último cuatrimestre comprenderá la valoración del servicio tras las mejoras incluidas, se evaluarán los indicadores y se comprobará que el proyecto haya transcurrido con satisfacción

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA LLORENTE FERNANDEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
AZNAREZ NOGUERAS SOFIA
FRANCO CUARTERO JAVIER
BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES
USON URIEL MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro laboratorio, las determinaciones hormonales del perfil androgénico se basan en la cuantificación de la testosterona total, SHBG y la testosterona libre determinada por métodos directos (ESTRATEGIA A). Dadas las limitaciones metodológicas de la determinación de testosterona libre, sumada a la mayor eficacia diagnóstica de la estimación de la testosterona libre (94 frente al 91% de eficacia diagnóstica), proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la estimación de las fracciones de testosterona libre y biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B).
Este nuevo protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica y estimamos que un menor coste por paciente.
De forma previa a la implantación de la nueva estrategia diagnóstica, se calculó el coste real del perfil androgénico (3.77€/paciente, con un coste anual de 12242€), así como la estimación de coste de la propuesta diagnóstica (3.27 €/paciente, con un coste anual de 10608€). Se estimó un ahorro anual de 1633€, un 13.3% del coste.
Se comunicó el cambio a los servicios peticionarios implicados: Urología, Endocrinología y Ginecología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la implantación de esta propuesta, en junio de 2018, se calculó el coste real de la mejora, comparando los periodos comprendidos entre 1/09/2017-31/01/2018 (estrategia A) y 1/09/2018-31/01/2019 (estrategia B). El coste de la estrategia A durante los 5 meses de evaluación fue de 3.72€/paciente (12625€/año), frente a los 3.21€/paciente (10337€/año) con la nueva propuesta. Esto supuso un ahorro real de 2287€ anuales, aproximadamente un 18.1% del coste del perfil androgénico.
No ha sido detectada ninguna incidencia ni reclamación por parte de los clínicos. Tampoco ha sido solicitada la petición de determinación de testosterona libre cuantificada por método de referencia
Resumen de indicadores:
? Incremento coste efectividad anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo = -2515 (mayor eficacia a menor coste)
? Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo = 0
? nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas = 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La nueva estrategia permite una mayor eficacia diagnóstica en la patología androgénica (incrementándose del 91 al 94%) con un menor coste (ahorro anual de 2287€)

7. OBSERVACIONES.
No precisa

*** ========== Resumen del proyecto 2018/656 ========== ***

Nº de registro: 0656

Título
OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Autores:
LLORENTE FERNANDEZ ELENA, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, AZNAREZ NOGUERAS SOFIA, FRANCO CUARTERO JAVIER, BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES, USON URIEL MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La testosterona es un andrógeno sintetizada en los testículos en los hombres, en los ovarios en las mujeres, y en ambos sexos en la corteza suprarrenal. En el hombre, la secreción testicular de testosterona está regulada por la hormona luteinizante (LH) y mediante retroalimentación negativa vía hipotálamo-hipófisis. Esta testoterona se transforma en la próstata y las vesículas seminales en dihidrotestosterona, que es más activa biológicamente. La testosterona estimula el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos secundarios y contribuye al mantenimiento de la función prostática y de la vesícula seminal. En la mujer, los ovarios producen pequeñas cantidades de testosterona que en concentraciones fisiológicas no ejercen efectos andrógenos específicos. La mayor parte de la testosterona en las mujeres se forma por conversión periférica de otros andrógenos (DHEA y androstenodiona). Además, la testosterona sintetizada en los ovarios se convierte en estradiol y estrona. Un aumento de la producción de testosterona en la mujer puede causar virilización.
Del total de testosterona, sólo el 2% circula libre en la sangre (TESTOSTERONA LIBRE), mientras que la testosterona restante está unida a proteínas transportadoras, aproximadamente un 60% a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y un 38% a la albúmina (unión de baja afinidad). La TESTOSTERONA BIODISPONIBLE es la suma de la testosterona libre y la unida a albúmina (unión de baja afinidad).
La testosterona libre puede ser determinada por métodos directos (siendo el método de referencia la diálisis de equilibrio, pero sin utilidad en el laboratorio clínico por su laboriosidad) o se puede calcular mediante métodos indirectos. Otros métodos de cuantificación directa, como el radioinmunoanálisis (RIA) o los inmunoensayos enzimáticos (ELISA) no presentan buena correlación con el método de referencia, lo que también limita su utilidad.
La testosterona biodisponible se puede estimar a través de fórmulas validadas, basadas en la cuantificación de la testosterona total, la fracción unida a SHBG y la unida a albúmina.
El estudio del perfil androgénico, tanto en el varón y como en la mujer, es frecuente en el Laboratorio de Hormonas como herramienta de ayuda en el diagnóstico de patologías relacionadas con la deficiencia o el exceso de andrógenos, tales como la pubertad precoz o retardada, la virilización, infertilidad, el hirsutismo o la alopecia. Dicho perfil se basa en la determinación de testosterona total junto con la fracción de testosterona libre o a la estimación de testosterona biodisponible.
En la actualidad se considera que la testosterona biodisponible refleja mejor el estado androgénico que la testosterona total e incluso que la testosterona libre cuantificada por métodos directos. Vermeulen y colaboradores encontraron una eficacia diagnóstica para el hipoandrogenismo del 94% cuando se estimaba la testosterona biodisponible, frente al 91% demostrado por la testosterona libre.
En nuestro laboratorio, el perfil androgénico se basa en la cuantificación de la testosterona total junto a la fracción libre por métodos directos (ESTRATEGIA A). Proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la fracción biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B)
El protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica con un menor coste anual.
A continuación se resume el análisis de costes realizado:

DESCRIPCIÓN	COSTE ANUAL	COSTE POR PACIENTE	UTILIDAD (eficacia diagnóstica)
ESTRATEGIA A	Basado en testosterona libre	12242?	3.77?	94%
ESTRATEGIA B	Basado en testosterona biodisponible	10608?	3.27?	91%

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implantar y evaluar el nuevo protocolo de laboratorio propuesto para evaluar el perfil androgénico de los pacientes.

MÉTODO
La nueva estrategia diagnóstica ha sido consensuada con los servicios de Endocrinología, Urología y Ginecología, principales peticionarios de estas determinaciones.
Se propone dar una sesión informativa sobre las ventajas del nuevo perfil a los profesionales implicados.

INDICADORES
Se proponen los siguientes indicadores de seguimiento:

- Diferencia de costes anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo
- Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo
- nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas y que son procedentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

DURACIÓN
Se propone el siguiente cronograma:

01/03/2018 a 15/05/2018
Comunicación del nuevo protocolo pactado a todos los profesionales implicados
Configuración de las nuevas determinaciones en el sistema informático del laboratorio (Modulab) y en el petitorio electrónico: testosterona libre calculada y testosterona biodisponible calculada.

16/05/2018 a 31/05/2018
Puesta en marcha del nuevo protocolo

01/06/2018 a 30/09/2018
Análisis de las incidencias detectadas y establecimiento de las acciones correctivas necesarias.

1/10/2018 a 30/10/2018
Evaluación del protocolo mediante el cálculo de los indicadores.

OBSERVACIONES
Bibliografía consultada:

1. Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. J Clin Endocrinol Metab. 1999;84(10):3666-72.

2. Sartorius G, Ly LP, Sikaris K, McLachlan R, Handelsman DJ. Predictive accuracy and sources of variability in calculated free testosterone estimates. Ann Clin Biochem. 2009 Mar;46(Pt 2):137-43.

3. Morris PD, Malkin CJ, Channer KS, Jones TH. A mathematical comparison of techniques to predict biologically available testosterone in a cohort of 1072 men. Eur J Endocrinol. 2004 Aug;151(2):241-9.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA LORENTE MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES
ALIERTA GRACIA EVA MARIA
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE
PEREA DE PACO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el proyecto Optimización de la monitorización de PTH introperatoria: fase preanalítica, se contemplaron los siguientes indicadores:
1.- Nº de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se contemplará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
2.- Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo.
3.- Sesiones informativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.-Durante este tiempo se han establecido diferentes pautas de trabajo en consenso con el personal implicado de cada sección (cirujanos/bioquímicos, enfermeras de anestesia, celadores y TEL) hasta determinar unos protocolos para la monitorización, extracción y transporte de muestras de paratohormona (PTH) intraoperatoria.
Tomando el período comprendido entre Octubre y Diciembre de 2017 se produjeron 15 incidencias todas ellas relacionadas con la preparación, extracción y transporte de las muestras. Lo que vino a corresponder con un 100% de los análisis realizados durante dicho período.
Tras la implantación de los respectivos protocolos, se valoraron durante el mismo período del año 2018 las incidencias ocurridas.
De las 15 muestras analizadas hubo incidencias en 7 de ellas lo que se representó en un 28,5% de incidencias relacionadas con la monitorización y con el transporte y un 42,8% con la extracción.

2.-A comienzos de 2019 se pasaron unas encuestas de valoración al personal implicado en cada servicio del proyecto donde se vieron los resultados que se muestras a continuación.
A la pregunta: ¿Cree que el proceso se ha mejorado tras la implantación del protocolo? Hubo un 100% de respuestas afirmativas en la monitorización y en el transporte y en el área de la extracción fué un 64,7% los que consideraron que el proceso había mejorado.
Y a la pregunta: Valore de 0 a 5, siendo 0= nada útil y 5 Muy útil, el grado de mejora que cree que ha supuesto la implantación del protocolo.
La valoración de 4 puntos fué la más representativa con un 50% en las encuestas de monitorización, un 63,6% en la extracción y un 100% en el transporte.

3.-Antes de la puesta en marcha de los protocolos se impartieron sesiones formativas al personal implicado (TEL, enfermeras de anestesia y celadores) las cuales tuvieron muy buena aceptación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha sido diseñado para establecer unos protocolos de trabajo en la monitorización, extracción y transporte de la PTH intraoperatoria con la intención de informar al personal implicado de la importancia de cada fase y mejorar así el servicio proporcionado por el laboratorio en el tratamiento de las muestras.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/745 ========== ***

Nº de registro: 0745

Título
OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

LORENTE MARTIN SILVIA, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES, ALIERTA GRACIA EVA MARIA, SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, PEREA DE PACO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
. La apropiada evolución de los niveles de paratohormona (PTH) en muestras seriadas obtenidas durante el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario es indicador del éxito quirúrgico, es por esto mismo que una buena trazabilidad de las muestras es fundamental en la fase preanalítica.
Conseguir que desde el laboratorio los tubos vayan perfectamente etiquetados, que dichas etiquetas no sufran ningún deterioro durante el proceso, que se protocolicen los tiempos de extracción, que la temperatura entre la extracción y el análisis sea la correcta y que no se demoren los tiempos son puntos fundamentales para garantizar la calidad de las determinaciones.
Este proyecto antecede y se continúa con el proyecto de mejora de las fases analítica y postanalítica de la monitorización de PTH intraoperatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
* Establecer un protocolo de preparación de los contenedores de muestras biológicas y de la nevera de transporte en el laboratorio. *Mejorar la trazabilidad de las muestras.
* Revisar y optimizar la extracción de muestras en el quirófano y el transporte y recepción en el laboratorio.
* Establecer un protocolo de trabajo en el quirófano.

MÉTODO
* Unificar criterios a la hora del transporte de las muestras.
* Reducir incidentes con la identificación de las muestras.
*Protocolizar la fase preanalítica y concienciar al personal implicado de la importancia de la extracción de la muestra y del correcto transporte al laboratorio.
* Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y en el laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre los servicios.

INDICADORES
* Número de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
* Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Valorando si se ha comprendido el proceso, si se podría mejorar de alguna manera y el grado de satisfacción.
* Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio.

DURACIÓN
* La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.
* Durante el primer cuatrimestre de año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de muestras y se buscarán soluciones que resuelvan los problemas más comunes.
*En el segundo cuatrimestre del año se procederá a la puesta en común entre enfermeras de anestesia, celadores y el laboratorio para consensuar y establecer los protocolos de actuación y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesionales implicados conocer el proceso completo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIOLETA LATORRE GARCES
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
ANDRES OTERO MARIA JESUS
LARA NAVARRO EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Obtención de los años 2017 y 2018 de los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones enviadas desde el laboratorio de bioquímica:
1.a/Notificaciones enviadas a un destino correcto (porque el servicio solicitante lo ha facilitado).
1.b/Notificaciones recibidas y abiertas en t<24 h por el servicio peticionario. Período en el que se realizó esta acción: Noviembre 18- Enero 19.

2.- Tras la evaluación pormenorizada de todas las notificaciones enviadas por el servicio de bioquímica en el año 2018, se realizó la elaboración de los siguientes listados:
2.a/ Solicitantes que han facilitado al laboratorio un correo electrónico, para la recepción de valores críticos, y abren las notificaciones en menos de 24 horas. 2.b/ Solicitantes que han facilitado una dirección de correo, pero que no abren las notificaciones del laboratorio.
2.c/ Solicitantes que no han facilitado un correo electrónico al laboratorio.
Período en el que se realizó esta acción: Enero 19.

3.- Reunión con los componentes del proyecto de mejora para la evaluación de los datos obtenidos.
- Se agrupan algunos destinos de un mismo servicio, para optimizar la sistemática de notificaciones, siguiendo el ejemplo de los servicios en los que este sistema se ha implantado con éxito.
- Se eliminan de nuestro objetivo los destinos genéricos que no pertenecen a nuestro sector, por resultar inviable la comunicación electrónica con ellos.
- Se esbozan tres tipos de comunicaciones:
3.a/ Carta de agradecimiento a los servicios donde este sistema se ha implantado con éxito.
3.b/ Carta explicando la notificación de valores críticos del laboratorio, y solicitando la colaboración del servicio solicitante. Se adjuntará el listado de valores críticos vigente, por si alguno de los clientes necesitara realizar alguna modificación, y se les facilitará la extensión y correo del responsable del proyecto, para facilitar la comunicación.
Fecha de reunión: 15 de Febrero de 2019.

El proyecto de mejora finalizará, como se fijó en la propuesta, en Mayo de 2019.
Se realizarán las siguientes acciones:
4.- Envío de las cartas de agradecimiento, y de solicitud de colaboración con el sistema de notificación de críticos a los solicitantes (Jefes de servicio y Coordinadores de los CS)

5.- Tras tres meses, se evaluará la eficacia de las acciones llevadas a cabo, con la medida de los indicadores mencionados en el punto 1.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Indicadores mensuales de los años 2017 y 2018 relativos a la efectividad de las notificaciones:
1.a/Notificaciones enviadas a un destino correcto (porque el servicio solicitante lo ha facilitado). Promedio anual 2017: 87.31%. Promedio anual 2018: 94.50%
1.b/Notificaciones recibidas y abiertas en t<24 h por el servicio peticionario.
Promedio anual 2017: 57.59%. Promedio anual 2018: 66.50%.
En ambos indicadores se observa una tendencia ascendente, que atribuimos a la insistencia (mediante vía telefónica) de los facultativos de bioquímica que enviamos los críticos, en la asignación de un correo y apertura de las notificaciones, a los solicitantes.

2.- Evaluación de las notificaciones enviadas por el servicio de bioquímica en el año 2018, y clasificación de los solicitantes (Servicios y Centros de Salud):
2.a/ Existen 50 solicitantes que han facilitado al laboratorio un correo electrónico, para la recepción de valores críticos, y abren las notificaciones en menos de 24 horas.
2.b/ Se hallan 53 solicitantes que han facilitado una dirección de correo, pero que no abren las notificaciones del laboratorio, 37 de ellos de manera recurrente.
2.c/ 32 solicitantes que no han facilitado un correo electrónico al laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema de notificación de valores críticos de laboratorio se ha implantado con éxito en 50 destinos, destacando positivamente los servicios de Endocrinología y Nefrología, y la mayoría de los Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

Tras este primer paso en la implantación, se observa que en primaria la notificación por vía electrónica ha sido mucho más exitosa que en atención especializada. Nuestro objetivo es conseguir tras la finalización del proyecto, la sistematización de este proceso también en consultas externas y hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1026 ========== ***

Nº de registro: 1026

Título
MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
LATORRE GARCES VIOLETA, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, LARA NAVARRO EMMA, ANDRES OTERO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Desde la implantación de la notificación de valores críticos por correo electrónico en Enero de 2016, se ha seguido su efectividad mediante dos indicadores mensuales:
% de notificaciones enviadas correctamente (es decir, el servicio solicitante ha facilitado al laboratorio una dirección de correo electrónico para la recepción de las notificaciones).
% de notificaciones abiertas en un plazo inferior a 24 horas desde su envío.
Se observa que este proceso ha sido efectivo en más del 90% de los Centros de Salud solicitantes, pero sólo en algunos servicios de nuestro hospital (fundamentalmente, Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología y Digestivo), por lo que muchos de los servicios solicitantes, o bien, no han facilitado todavía una dirección de correo electrónico al laboratorio, o si lo han hecho, no tienen establecida una sistemática de apertura de las notificaciones.
Por otro lado, se considera necesario la revisión con cada servicio de los valores críticos a notificar por el laboratorio, en función de las características de sus pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Teniendo en cuenta que la notificación de valores críticos es un requisito de la Norma UNE-EN ISO 15189, los objetivos a conseguir son:
- Consenso de los valores críticos con los servicios peticionarios del hospital.
- Notificación efectiva de valores críticos por vía electrónica, es decir, conseguir trasladar a los servicios solicitantes la necesidad de la implantación de una sistemática para la apertura de las mismas, poniendo como ejemplo aquellos servicios donde se realiza con éxito.

MÉTODO
Actividades a realizar:

1.- Desglosar en los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones, aquellos servicios que todavía no han facilitado una dirección de correo al laboratorio, y los que a pesar de haberlo hecho, no abren las notificaciones en menos de 24 horas.

2.- Comunicación con cada uno de estos servicios para:
a/explicarles en qué consiste el sistema de notificación electrónica
b/revisión conjunta de los valores críticos propuestos por bioquímica y modificarlos, si fuera necesario, para sus pacientes
c/solicitud de dirección de correo electrónico, si el servicio aún no la hubiera facilitado
d/revisión con el servicio solicitante de la sistemática para la apertura de las notificaciones, poniendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

como ejemplo la seguida por los servicios de nuestro hospital donde se realiza con éxito

3.- Seguimiento durante un trimestre de los indicadores relativos a las notificaciones electrónicas para estos servicios.

4.- Comunicación a estos servicios agradeciéndoles su colaboración, y recordándoles si fuera necesario, las mejoras a realizar.

Por otro lado, a los servicios donde la notificación de valores críticos ya se realiza con éxito:

5.- Comunicación donde el laboratorio les felicita, les agradece su colaboración y les remite los valores críticos que se les notifican actualmente, por si consideraran necesario realizar alguna modificación.

INDICADORES
Los indicadores a medir son los siguientes:
a/ % Noticaciones enviadas correctamente (el servicio solicitante ha facilitado una dirección de correo electrónico).
Fórmula: Notificaciones con error a servicios del hospital/Total de notificaciones a servicios del hospital
Resultado actual: 81%
Resultado deseado: 100%
b/ % Notificaciones abiertas en un período inferior a 24 horas.
Fórmula: Notificaciones abiertas en servicios del hospital <24h /Total de notificaciones a servicios del hospital
Resultado actual: 42%
Resultado deseado: 90%

DURACIÓN
Actividades 1 y 5: junio 2018
Violeta Latorre

Actividad 2: julio-noviembre 2018
M. Ángel Julián, M. Jesús Andrés, Emma Lara y Violeta Latorre

Actividad 3: enero-marzo 2019
Violeta Latorre

Actividad 4: abril 2019
M.Ángel Julián y Violeta Latorre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1268

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SEBASTIAN MENAO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUEBO MUÑIO MARIA
RAMOS ALVAREZ MONICA
TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL
INDA LANDALUCE MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha puesto a punto el diagnostico genético del déficit de alfa1 antitripsina (gen SERPINA1). Se han seleccionado 20 casos con un nivel bajo de la fracción alfa1 en el proteinograma, de los cuales 12 presentaban niveles bajos de la enzima alfa1 antitripsina. De los 12, 1 paciente ha fallecido y el resto (11) han sido citados a la consulta de Enfermedades Minoritarias del Servicio de Medicina Interna. Todos ellos han accedido a realizarse el estudio genético. Además, en esto momentos tenemos otros 15 casos candidatos con niveles bajos de la enzima alfa1 antitripsina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha concluido el estudio genético de los 11 pacientes, pero de momento en dos pacientes se han encontrado mutaciones patogénicas responsables de déficit de alfa1 antitripsina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El hallazgo casual de una fracción baja de alfa1 en el proteinograma es una herramienta muy útil en el estudio de déficit de alfa1 antitripsina y debería instaurarse en la práctica clínica más allá de este proyecto de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1268 ========== ***

Nº de registro: 1268

Título
DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DE LA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

Autores:
MENAO GUILLEN SEBASTIAN, ARRUEBO MUÑIO MARIA, RAMOS ALVAREZ MONICA, TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL, INDA LANDALUCE MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Hallazgos de laboratorio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en el diagnóstico clínico

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

PROBLEMA
La realización del proteinograma en suero es un método semicuantitativo de análisis de proteínas. Es una petición cuya indicación es muy diversa pero que se solicita de forma muy frecuente al laboratorio de Bioquimica. La región alfa1 del proteinograma se corresponde principalmente con la concentración de la proteína alfa-1 antitripsina (ATT). El déficit de AAT es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en la edad adulta, pero sigue siendo hoy en día una enfermedad infradiagnosticada. La ATT es una glucoproteína inhibidora de proteasas cuya concentración en suero se encuentra en torno a 120-220 mg/dL. La deficiencia de ATT confiere una predisposición para desarrollar enfermedades a lo largo de la vida,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1268

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

principalmente enfisema pulmonar y diversos tipos de hepatopatías, colestasis neonatal, hepatitis juvenil, cirrosis hepática en niños y adultos, y hepatocarcinoma, de tal manera que incluso se ha sugerido que puede estar asociado al desarrollo de cánceres. El gen de la AAT se transmite por herencia mendeliana simple de manera autosómica recesiva, es un gen muy polimórfico, donde el alelo normal se denomina PiM, y los alelos deficientes más frecuentes son PiS, PiZ y más raramente el alelo Null. El aumento de riesgo para enfermedad hepática y/o pulmonar se asocia a valores de ATT por debajo de 120 mg/dL que presentan fenotipos MZ, SZ, ZZ, o null, siendo de alto riesgo valores por debajo de 40 mg/dL con fenotipos ZZ o Null (OMIM 107400). Se piensa que en España pueden existir más de 12000 personas con fenotipo deficiente ZZ, donde tan solo el 4% ha sido diagnosticado, de tal manera que estos pacientes tienen una alta probabilidad de padecer enfermedades respiratorias sobretodo asociadas al hábito tabáquico, por lo que un conocimiento de su situación puede ayudar a establecer estilos de vida saludable que evite ese deterioro progresivo de su función respiratoria y en determinados casos puede indicar la necesidad de establecer un tratamiento sustitutivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnosticar los casos de déficit de alfa 1 antitripsina en aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten valores bajos de la fracción alfa1.

MÉTODO
A todas aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten un valor de alfa 1 por debajo del 3.5% se les cuantificará la AAT en suero. Cuando las concentraciones de esta proteína estén por debajo de <100 mg/dL se recomendará el genotipado del gen que codifica a la AAT. Para ello, desde el laboratorio de Bioquímica se contactará con la consulta de Enfermedades Minoritarias Sistémicas del Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa y posteriormente se citará al paciente para proponer la realización de dicho estudio. Una vez en la consulta, previo consentimiento autorizado, se realizará el diagnóstico genético en el laboratorio de genética de este Hospital

INDICADORES
En términos generales, se evaluará al cabo de un año el número de pacientes en los que se hubiere detectado el alelo Z o Null, variantes con mayor predisposición a padecer enfermedad pulmonar, procediéndose a un seguimiento de estos pacientes con las pertinentes recomendaciones terapéuticas y de estilo de vida.

DURACIÓN
El estudio del gen de la ATT se pondrá a punto a los largo de los 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a analizar una serie de controles y se seguirá con el estudio de pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO REVILLA MARTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
CANTIN GOLET AMPARO
SERRANO AISA PEDRO JAVIER
MORLANES GRACIA PAULA
RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN
GIMENO GARZA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de Urgencias, existiendo en el hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" desde el año 2014" el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Debido a la actualización de las guías de práctica clínica de cardiopatía isquémica estable con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, se planteó la actualización del protocolo teniendo en cuenta dichas novedades.
En la primera fase del proyecto se estableció un grupo de trabajo con miembros de los servicios de Urgencias y Cardiología para la revisión de la nueva evidencia disponible. Para la elaboración del protocolo se siguieron las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes de la Sociedad Europea de Cardiología (avaladas por la Sociedad Española de Cardiología) de manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST (2012), de diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable (2013) y tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST (2015). Se revisaron también otros artículos científicos novedosos relacionados con el manejo de la población diana e introducción de troponina de alta sensibilidad.

Se realizaron diversas reuniones durante el año 2017 hasta finalizar con la redacción de la nueva versión del protocolo de manejo del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias.

En la segunda fase, el protocolo fue aprobado por la Comisión de Dirección del centro (8/2/2018) y desde entonces puede ser consultado en la intranet del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" en la siguiente dirección: 10.35.208.91:16080/documents/10180/9356147/RPC-95 (Rev.B)_Dolor torácico.pdf

En la tercera fase se efectuó la difusión del protocolo con la realización inicial de sesiones divulgativas en los servicios de Cardiología y Urgencias. El 2 de mayo de 2018 en una sesión clínica hospitalaria se expusieron los datos obtenidos del anterior protocolo, así como las novedades del nuevo protocolo y algoritmo de trabajo para su conocimiento general. Además, se presentó el protocolo en la clase de dolor torácico dentro del curso de urgencias que se realiza para los residentes de primer año. Por parte de la unidad de Calidad se facilitó la impresión de posters con el algoritmo del protocolo que se colocaron en el box vital, sala observación y sala de trabajo de atención médica.

En la última fase se han revisado los resultados de la aplicación del nuevo algoritmo que se han expuesto en sesiones clínicas en los respectivos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se atendieron en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico 2495 pacientes bajo los motivos de consulta de dolor torácico, dolor torácico no especificado y disconfort torácico. El diagnóstico final fue 86 síndromes coronarios agudos con elevación de ST, 201 síndromes coronarios agudos sin elevación de ST y 36 SCA no especificados además de 140 pacientes con ángor.

Se incluyeron en el protocolo 86 pacientes con sospecha de dolor torácico de etiología isquémica con electrocardiograma no diagnóstico y sin elevación de marcadores de necrosis en las determinaciones seriadas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión detallados en el protocolo. De las 86 ergometrías solicitadas desde el servicio de Urgencias 13 (15,1%) resultaron positivas, 2 (2,3%) no concluyentes y 71 (82,6%) negativas.

Requirieron ingreso 15 pacientes (18,36%); los 13 pacientes con ergometría positiva y los 2 con ergometría no concluyente realizando en todos ellos una coronariografía. De los pacientes con ergometría positiva 10 presentaron lesiones significativas en las arterias coronarias con revascularización percutánea en 8 casos y quirúrgica en 2. Los dos pacientes con ergometría no concluyente no presentaron lesiones angiográficamente significativas en las arterias coronarias epicárdicas. Los pacientes con ergometría negativa fueron dados de alta desde el servicio de urgencias, pacientes que con anterioridad a la instauración del protocolo precisaban ingreso en un alto porcentaje de casos (tasa de altas 82,56%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

En el seguimiento la tasa de eventos (SCA o revascularización electiva) en los primeros 30 días ha sido 0%. A falta de completar el seguimiento a los 12 meses en la totalidad de los pacientes, solo se han registrado dos casos de revascularización electiva en pacientes dados de alta con ergometría negativa (1 paciente con persistencia del dolor torácico y SPECT cardiaco con inducción de isquemia y 1 paciente con dolor torácico de esfuerzo progresivo tras el alta) lo que supondrían un 2,8%. Estos datos muestran los siguientes valores para la prueba de esfuerzo en las condiciones reseñadas: Sensibilidad 83%. Especificidad 95%. Valor predictivo positivo 76%. Valor predictivo negativo 97%.

Los datos mostrados se han obtenido del programa PCH de urgencias, base de datos de ergometrías e Intranet del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la atención al paciente con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias intervienen tanto los médicos adjuntos de los servicios de Urgencias y Cardiología, así como los residentes de las diferentes especialidades que realizan las guardias. Un grupo heterogéneo, que presenta un buen nivel de aceptación del protocolo y aceptable seguimiento con unos resultados muy buenos de seguridad a los 30 días y previsiblemente a los 12 meses.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:
- Elaboración, aprobación y puesta en marcha de la actualización del protocolo del manejo del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias.
- Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
- Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

Como aspectos a mejorar se incluyen:
- Valoración de los pacientes de riesgo bajo-intermedio por el servicio de urgencias con la aplicación del protocolo sin necesidad de valoración por Cardiología de guardia y valoración de los pacientes con probabilidad alta o con revascularización previa y sospecha de dolor torácico de etiología isquémica por Cardiología de guardia.
- Definir una vía de actuación en los pacientes que cumplen criterios de inclusión en el protocolo sin posibilidad de ergometría en las siguientes 24 horas.
- Inclusión en el protocolo la posibilidad de realización de ecocardiograma de esfuerzo en determinados pacientes.

El protocolo sigue vigente para seguir contribuyendo a mejorar el manejo de los pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/786 ========== ***

Nº de registro: 0786

Título
ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, CANTIN GOLET AMPARO, SERRANO AISA PEDRO JAVIER, MORLANES GRACIA PAULA, RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN, GIMENO GARZA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La asistencia de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias por dolor torácico con sospecha de etiología isquémica plantea un problema asistencial por diversas razones. El dolor torácico supone entre un 5-20% de las visitas a urgencias y es preciso realizar un diagnóstico diferencial entre los diferentes perfiles clínicos del dolor. En las últimas décadas se han propuesto diferentes soluciones para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los servicios de Urgencias, incluyendo el uso de guías y protocolos diagnósticos con la formación de equipos multidisciplinares.
En el año 2014 se instauró en el hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Actualmente debido a la actualización de las guías de práctica clínica con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, creemos adecuada la actualización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
•Actualización del protocolo de dolor torácico no traumático para pacientes mayores de 14 años en el servicio de urgencias en colaboración entre los servicios de Urgencias y Cardiología conforme a las guías vigentes de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología de SCACEST, SCASEST y enfermedad coronaria estable
•Detectar de forma temprana y efectiva los pacientes con síndrome coronario agudo.
•Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
•Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

MÉTODO
•Revisión del protocolo previo y nuevas evidencias científicas disponibles.
•Elaboración de nuevo protocolo de "Manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica en el servicio de Urgencias"
•Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
•Instauración y difusión del protocolo en el servicio de Urgencias.
•Revisión de resultados.

INDICADORES
•ECG al ingreso: Pacientes con dolor torácico con ECG realizado en los primeros 10 minutos de su llegada a urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico
•Tasa de ergometría: Pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en los que se realiza ergometría x 100 / Pacientes con dolor torácico
•Tasa de altas: Pacientes con dolor torácico dados de alta desde urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico incluidos en el protocolo
•Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 30 días: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en 30 días x 100/ Pacientes con ergometría negativa
•Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 6 y 12 meses: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en (6-12 meses) x 100/ Pacientes con ergometría negativa

DURACIÓN
•1er semestre 2017 - Revisión de bibliografía y elaboración de nuevo protocolo.
•2º semestre 2017 – Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
•1er semestre 2018 – Instauración y difusión del protocolo.
•4º trimestre de 2018 – Resultados de los 12 primeros meses.

OBSERVACIONES
•Actualización del protocolo de dolor torácico conforme aparezcan actualización de las guías de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PINILLA LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ
CARO CAVERO JAVIER
VOCES COMBARROS FRANCISCA
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado una consulta de enfermería especializada en insuficiencia cardiaca (IC) en el Centro Sanitario Cinco Villas, donde se han atendido a los pacientes con reagudización reciente de su IC, de tres procedencias distintas 1.- Aquellos dados de alta hospitalaria con dicho diagnóstico 2.- Procedentes del Servicio de Urgencias. 3.- Pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, con una reagudización de la misma.
Los pacientes valorados tras un alta hospitalaria o una visita a Urgencias han sido valorados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana), siendo una cita independiente de la asistencia habitual realizada por Cardiología.
La enfermera especializada en IC realiza las siguientes funciones: - Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria del peso para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos). - Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación. - Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos. 6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad. 7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo de estos 6 meses, han sido valorados 54 pacientes (21 hombres, 33 mujeres) con una edad media de 77 años (rango 38-89), y se han realizado entre 2 y 5 visitas a cada uno de ellos.
Hemos realizado una encuesta dirigida al paciente y a su familia preguntándoles por el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y en la autogestión de su enfermedad, siendo valorada en el 100% de las mismas como “buena” o “muy buena”.
Hemos recogido el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas. El 89% de los pacientes ha conseguido cumplimentar la hoja de dosificación de diuréticos, y llevar a cabo la pauta propuesta correctamente (esto es, aumentar el tratamiento de la forma indicada en caso de aumento de peso, volviendo a la pauta previa una vez alcanzado el peso objetivo). La media de cumplimentación terapéutica en la visita inicial ha sido de 4,1 (sobre una escala del 1 al 5); en la última visita recogida ha sido de 4,9/5. La media de pérdida de peso tras aplicar la pauta de diuréticos en función del peso ha sido de 2 Kg (rango 0-9 Kg), lo que indica una mejoría en el control clínico. De los 54 pacientes valorados por reagudización de su IC, han reingresado 5 (9%), cuatro de ellos por reagudización respiratoria (diagnóstico principal) y solamente uno (1,8%) por IC sin infección respiratoria como desencadenante (diagnóstico principal IC).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos positivamente tanto la evolución como el resultado de este proyecto. Al realizar una intervención estructurada y precoz en los pacientes reagudizados, garantizamos el continuum asistencial, realizando intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autodosificación de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectando signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos.
Los pacientes han mostrado su satisfacción por la atención recibida (tanto por los conocimientos adquiridos, como por la accesibilidad), y sobretodo, hemos percibido que al tener que ocuparse de su propio control sintomático a través de la pauta de dosificación de diuréticos han tomado conciencia y han comprendido mejor su papel en la evolución de su enfermedad, y se aprecia una clara mejoría clínica en la gran mayoría de los pacientes, siendo más llamativa en aquellos en los que la enfermedad es más avanzada.
Creemos que el aprendizaje sobre su patología y la participación activa en sus cuidados, da como resultado pacientes empoderados, que se traduce en una clara mejora en su calidad de vida y en su evolución. En este sentido, el rol de la Enfermera especializada en IC es clave, ya que, con los conocimientos adquiridos y un mínimo apoyo del personal médico, está capacitada para llevar esta consulta y cumplir con los objetivos de la misma.
De forma indirecta, creemos que mejora las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas que tiene que realizar el Cardiólogo.
Consideramos que se trata de un proyecto sostenible y aplicable a otros medios, como el de nuestro propio hospital de referencia (HCU), ya que puede aportar calidad a la asistencia que realizamos actualmente a los pacientes con IC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1486 ========== ***

Nº de registro: 1486

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Autores:
PINILLA LOZANO MARIA JESUS, RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ, CARO CAVERO JAVIER, VOCES COMBARROS FRANCISCA, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

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

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

PROBLEMA
La IC es uno de los problemas médicos y sociales más relevantes de la actualidad. Es una patología altamente prevalente que acorta la supervivencia, reduce enormemente la calidad de vida e incrementa significativamente el coste sanitario.
Los ingresos hospitalarios suelen ser prolongados y se han incrementado en los últimos años, fundamentalmente debido aumento de los reingresos. Tienen un patrón bimodal, se producen principalmente tras el diagnóstico (las tasas de reingreso por IC a los 30 días se cifran entre el 25-50%) y en la fase final de la enfermedad.
Constituyen la mayor parte del coste económico de esta enfermedad.
Además del impacto en mortalidad y coste sanitario, la IC provoca una gran merma en la calidad de vida.
Un seguimiento estructurado de los pacientes con IC basado en mejorar su educación sanitaria, optimizar el tratamiento médico, añadir apoyo psicosocial y facilitar el acceso a los cuidados necesarios, mejora la calidad de vida, reduce el reingreso por IC y la mortalidad de los pacientes tras la hospitalización.
Algunos estudios han mostrado que un Servicio de Enfermería de IC puede reducir la morbimortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es realizar una intervención estructurada y precoz en el periodo postingreso, garantizando el continuum asistencial, con la finalidad de realizar intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autodosificación de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectar signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos.
También serán valorados en esta consulta aquellos pacientes, ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.
Dicha valoración será realizada por personal de enfermería especializada en IC (otra finalidad es, por tanto, promover nuevos roles en enfermería).
De forma indirecta, pueden mejorar las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas convencionales para control/optimización del tratamiento diurético en las reagudizaciones.

MÉTODO
1.- Identificar a los pacientes dados de alta con el diagnóstico “insuficiencia cardiaca” mediante la revisión sistemática de todos los informes de alta remitidos a nuestra consulta.
2.- Identificar a los pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.
3.- Crear una consulta de enfermería paralela a la agenda de cardiología, donde se atenderá a los pacientes citados de forma sistemática. Podrá consultar con Cardiología las dudas que surjan, puesto que serán consultas realizadas en horario simultáneo y comunicadas físicamente.
4.- Tras el alta hospitalaria, los pacientes serán citados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana). Así mismo, recibirán la cita de asistencia habitual realizada por un cardiólogo.
5-. La enfermera especializada en IC realizará:
- Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos).
- Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación.
- Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos.
6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad.
7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

INDICADORES
El personal sanitario recogerá el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas, con la finalidad de valorar la mejora en la calidad de la asistencia y en el autocuidado.
Se valorarán los reingresos en los primeros 30 días y en otros momentos del primer año, se compararán con el porcentaje de reingresos por insuficiencia cardiaca del resto de pacientes del Área III en el mismo periodo, con la finalidad de evaluar la efectividad de este seguimiento en cuanto a morbimortalidad.

DURACIÓN
El proyecto comenzará en el mes de junio de 2018, y los indicadores comenzarán a evaluarse al mes del inicio.
Establecemos un tiempo de 12-18 meses para obtener resultados en los indicadores de morbimortalidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONELA LUKIC OTANOVIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
SANCHEZ INSA ESTHER
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
SIMO SANCHEZ BORJA
PAESA GARZA MARIA CRUZ
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR
DOBON REBOLLO MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de mejora de la Sección ha realizado extensa búsqueda bibliográfica sobre el tema y ha consultado con las otras Secciones de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista sobre cual es el protocolo de actuación en sus centros. Ajustando las recomendaciones de la práctica clínica a nuestra realidad, se ha elaborado el siguiente algoritmo de actuación:
A su ingreso los pacientes serán avisados no tomar el Sintrom el día del ingreso, se procederá a su ingreso de forma habitual (17 h) y se determinará el INR a su ingreso. Así mismo, se realizará valoración de la factibilidad de acceso radial del paciente.
En caso de acceso radial factible:
Si INR <3- tomar la dosis de Sintrom que le toca y determinar INR la mañana del cateterismo. Si se trata de cateterismo diagnóstico: para INR <1.5 se administrará 50 UI/kg de HNF, para INR entre 1.5-2 se administrará 25 UI/kg de HNF y para INR >2 no se administrará HNF adicional para la realización del cateterismo. Si se trata de cateterismo terapéutico: para INR <1,8 se añadirá 70-100 UI/kg de HNF, para INR 1.8-2.5 se añadirá 50 UI/kg de HNF y para INR >2.5 no se añadirá HNF adicional.
Situaciones especiales: aquellos pacientes que presenten a su ingreso: un INR >3, que tengan un acceso radial poco factible o una alta posibilidad de acceso femoral (o acceso femoral programado), así como si se trata de un intervencionismo coronario percutáneo programado sobre TCI, OCT, bifurcaciones con rama lateral >2.5 mm, VSF o AMI, rotablación o ultimo vaso permeable; en estos pacientes se procederá a suspensión de Sintrom durante 48 h, se valorará terapia puente si alto o moderado-alto riesgo trombótico y se determinará un nuevo INR el día del cateterismo.
Para los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos- no tomarán la dosis que les toca el día del ingreso. A su ingreso se valorará el acceso radial y se realizará la determinación de bioquímica con función renal. En caso de acceso radial factible y función renal normal, se procederá a la realización de cateterismo cardiaco de manera habitual, administrando la dosis de NACO que le corresponde. El día del cateterismo no se administrará NACO. Durante el cateterismo diagnóstico se administrará 25 UI/kg de HNF si han pasado más de 8 h de la última dosis del NACO. En caso de cateterismo terapéutico- ICP: no se tomará la dosis de NACO el día de cateterismo y se administrará dosis ajustada de 70-100 UI/kg de HNF (se valorará su incremento según la complejidad – duración del procedimiento). En caso de los pacientes mencionados como situaciones especiales se procederá a la interrupción del tratamiento durante al menos 48h, valorando la necesidad de terapia puente para cada caso.
El protocolo de actuación será englobado dentro de los protocolos de actuación para la preparación y manejo de los pacientes que van a ser sometidos a cateterismo cardiaco que se están finalizando y van a ser lanzados en los próximos días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del protocolo de actuación. Análisis de la situación actual. Elaboración del folleto con el algoritmo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este protocolo esté preparado de ser mandado a la revisión y aprobación por la Comisión de evaluación del hospital en breve, junto con el protocolo global de la preparación y manejo de los pacientes que van a ser sometidos a cateterismo cardiaco que estamos terminando de elaborar. Posteriormente se procederá a su difusión y puesta en marcha.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1560 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

Nº de registro: 1560

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU

Autores:
LUKIC OTANOVIC ANTONELA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, SANCHEZ INSA ESTHER, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, SIMO SANCHEZ BORJA, PAESA GARZA MARIA CRUZ, LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR, DOBON REBOLLO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El cateterismo cardiaco es la prueba invasiva utilizada en el manejo de los pacientes con cardiopatía isquémica y para la valoración previa a procedimientos quirúrgicos. El número de procedimientos y su complejidad crecen continuamente. En nuestro centro en el 2017 se han realizado 2092 estudios diagnósticos y algo más de 1000 estudios terapéuticos, con abordaje en un 25% de ellos de más de un vaso, la mayoría ad-hoc. Los pacientes tomadores de anticoagulantes orales, representan un aproximado 10-15% de los procedimientos y son un reto para la seguridad del procedimiento, por alto riesgo trombótico y hemorrágico. Actualmente estos pacientes ingresan 48 h antes y se les realiza a todos “bridging” o terapia puente a heparina sódica IV y precisan de un ingreso de al menos 72 h. Las guías de práctica clínica consideran que este proceder aumenta el riesgo de complicaciones hemorrágicas y trombóticas e indican valorar la realización de cateterismo cardíaco sin la suspensión de éste y la terapia puente para los pacientes con riesgo trombótico alto. La gran variabilidad en las estrategias adoptadas en este contexto ponen de manifiesto la necesidad de protocolización de las actuaciones en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto al manejo de la terapia anticoagulante. Como objetivos secundarios: disminución de las complicaciones hemorrágicas y trombóticas y de estancia hospitalaria. Población diana son todos los pacientes con fibrilación auricular, con indicación de anticoagulación oral con AVK o NACO remitidos para la realización de cateterismo. El proyecto implica a todos los servicios que remiten a los pacientes para la realización de cateterismo cardiaco y al servicio de Hematología (enfermería y facultativos). Se pretende: Protocolizar y unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto a terapia anticoagulante. Reducción de tiempo de estancia, manteniendo o mejorando de la seguridad del paciente en cuanto a las complicaciones trombóticas o hemorrágicas. Adaptarnoss a las guías de práctica clínica.

MÉTODO
La elaboración en junio-septiembre 2018 (revisión de evidencia, contacto con otras unidades de Cardiología Intervencionista, colaboración con Hematología y consenso del grupo de mejora). Tres reuniones- una interna, una con Hematología y otra con hospitalización para consensuar actuaciones. En Julio y Agosto 2018: análisis de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral atendidos en nuestra unidad a lo largo de los años 2016-2017 como referencia. La difusión del nuevo protocolo se realizará en forma de sesión en el Servicio de Cardiología y otros servicios implicados, folletos con el algoritmo de actuación y actualización de la vía clínica de cateterismo cardíaco, previa aprobación por los organismos responsables del hospital.

INDICADORES
1. Nombre: %ACO / cateterismo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco. Calculo: (Pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco)/ (Pacientes a los que se les ha realizado cateterismo cardiaco)*100. 2. Nombre: % correcta cumplimentación protocolo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral incluidos en el protocolo sin la terapia puente. Medida: porcentaje, periodicidad: trimestral. Calculo: (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente y sin terapia puente aplicada) / (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente)*100. Estándar 95%. 3. Nombre: %terapia puente correcta. Porcentaje de pacientes con indicación de terapia puente con la terapia puente correctamente aplicada. Medida porcentaje. Trimestral. Calculo: (Pacientes con indicación clara de terapia puente con la terapia puente aplicada) / (Pacientes con indicación de terapia puente). Estándar 100% 4. Nombre %complicaciones hemorrágicas. Porcentaje de pacientes con complicaciones hemorrágicas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje y trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones hemorrágicas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 2.5%. 5. Nombre: %complicaciones trombóticas. Porcentaje de pacientes con complicaciones trombóticas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje, trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones trombóticas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 0.5%.

DURACIÓN
1. Elaboración del protocolo- De 1 a 31 de agosto 2018 2. Análisis de situación actual: De 1 a 31 de julio 2018 3. Elaboración de folleto con el algoritmo – agosto-septiembre 2018 4. Difusión del protocolo- a partir de 1 de septiembre 2018 5. Puesta en marcha de nuevo proceder- 10 de septiembre 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 - 2018/1060

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOSQUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO MARIN CALAHORRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de mejora se puso en marcha de acuerdo a las fechas previstas, desde Septiembre 2018, creando el grupo de trabajo y en contacto con la comisión de historias clínicas para la normalización de los protocolos.
Así también se contactó con el Servicio de Informática que colaboraron en todo momento y pautaron las normas para la inclusión de las plantillas del protocolo quirúrgico, limitándolas a un máximo de 6 procedimientos predefinidos (los más frecuentes o los que eligiera cada especialidad) para evitar el colapso de la herramienta HP doctor.
Desde Septiembre de 2018 se contactó con los Servicios de Traumatología, Cirugía Vascular y Neurocirugía para que procedieran a elegir los procesos y a la creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio, para luego integrarlas en el HP doctor para realizar el protocolo quirúrgico informatizado.
El servicio de Traumatología realizó las plantillas de sus patologías más frecuentes y ya han sido integradas al programa HP doctor por el servicio de informática, y se están cumplimentando por los facultativos del Servicio, habiendo realizado unos 75 protocolos hasta la fecha.
El servicio de Cirugía vascular ha realizado las plantillas de las intervenciones quirúrgicas, revisándolos y solventando los problemas. Se han integrado dentro del programa de HPdoctor y están a punto para que los facultativos del Servicio empiecen su cumplimentación.
El Servicio de Neurocirugía ha realizado las plantillas de las intervenciones quirúrgicas y están en proceso de revisión de problemas para integrarlas por el Servicio de Informática dentro del programa HPdoctor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El calendario del proyecto se está cumpliendo y estamos a la espera de confirmar los protocolos de Cirugía Vascular y de Neurocirugía de cara a poder evaluar la cumplimentación del protocolo quirúrgico informatizado con fecha de Abril 2019, como se expuso en el proyecto de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto está en proceso de cumplimiento, aún a la espera de confirmar sus resultados.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto está en proceso de completar sus objetivos y de valorar los resultados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1060 ========== ***

Nº de registro: 1060

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

Autores:
MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, ESTELLA NONAY RUBEN, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, POLA BANDRES GUILLERMO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, COGHI GRANADOS JORGE, MARTIN RISCO MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROCESOS ORGANIZATIVOS O DE ADMINISTRACION

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1060

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOSQUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

PROBLEMA
El protocolo quirúrgico es un documento de la historia clínica esencial, que contiene información fundamental de todos los aspectos del acto quirúrgico.La cumplimentación en historia clínica informatizada de este documento permite la integración de la información y su posterior explotación, además de mejorar la legibilidad y la accesibilidad de la información allí contenida. En nuestro centro el Servicio de Cirugía General ha implantado el protocolo informático con éxito y buena cumplimentación por lo que sería adecuado ampliar la informatización de este documento a otros servicios quirúrgicos del HCU Lozano Blesa,como Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascular.

RESULTADOS ESPERADOS
Informatizar el protocolo quirúrgico de los Servicios de Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascular:
-Mejorar la legilibilidad de los protocolos quirúrgicos.
-Facilitar el acceso a los profesionales a un importante documento de la historia clínica.
-Evitar la pérdida o extravío de este documento.
-Facilitar la búsqueda y análisis de datos del servicio.

MÉTODO
Cumplimentación del protocolo quirúrgico informático superior a un 70 % en 2019.

INDICADORES
Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor, en Historia Clínica Electrónica.
La comprobación se realizará a partir de la explotación de la Historia Clínica electrónica y se comparará el periodo enero-abril 2015 con Enero-Abril 2019.

DURACIÓN
Septiembre 2018: grupo de trabajo, contacto con informática.
Octubre 2018: creación de plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio.
Noviembre 2018: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.
Enero 2019: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CORDOBA DIAZ DE LASPRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIA GUEDEA MANUELA
DEITO BERTOL ANGELITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SELECCION DE PATIENTES PARA LA TECNICA SEÑALADA, INICIANDO EN LA ACTUALIDAD LA PUESTA EN MARCHA DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PREVISIBLE DISMINUCION DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL (GI-II y alguna GIII) EN LA LEQ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
METODO AMBULATORIO FACILMENTE REPRODUCTIBLE

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1186 ========== ***

Nº de registro: 1186

Título
TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Autores:
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, DEITO BERTOL ANGELITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: COLOPROCTOLOGIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente que padece más del 50% de las personas mayores de 50 años, siendo remitidos en algún momento de su vida a consultas de coloproctología para su valoración, manejo y tratamiento.
La cirugía de la enfermedad hemorroidal sólo es necesaria en el 5-10% de los pacientes, aquellos con hemorroides grado III y IV o aquellos con hemorroides de menor grado en donde ha fracasado el tratamiento médico. El resto de la patología hemorroidal, que puede llegar a suponer el 75% de toda la patología hemorroidal, inicialmente manejada mediante las medidas higiénico-dietéticas y tratamientos tópicos, requerirán en algún momento de otras acciones por los Coloproctológos al no ser suficientemente eficaces y persistir la clínica. A este grupo de pacientes queremos ofertar los procedimientos ambulatorios instrumentales indicados para las hemorroides grado I, II y algunos III. Estos tratamientos incluyen procedimientos como: esclerosis, ligadura con bandas elásticas, coagulación con infrarrojos, coagulación con láser, crioterapia, diatermia bipolar etc. Todas estas modalidades terapéuticas pretenden fijar las almohadillas submucosas que conforman la hemorroide, al músculo subyacente para que el tejido cicatricial resultante prevenga el prolapso durante la defecación. Nuestro trabajo se focalizará en la ligadura hemorroidal mediante la banda elástica que constituye en la actualidad el modelo más extendido. Este procedimiento se basa en la aspiración de la mucosa (disminuyéndo su traumatismo al no tener que traccionar de ella) para una vez aspirada soltar una banda elástica de goma que coarte el cuello de la hemorroide. El número ideal de ligaduras por sesión es de dos, y la curación se consigue en 1-3 sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

RESULTADOS ESPERADOS
Las hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, y algunos III son indicación de manejo mediante procedimientos instrumentales ambulatorios. La ligadura con banda elástica ofrece una mejoría real de los síntomas, siendo una alternativa real y no la antesala del tratamiento quirúrgico y esta mejoria se mantiene en el tiempo, hasta 5 años.
Dentro del manejo instrumental ambulatorio hemorroidal, hemos elegido la ligadura mediante banda elástica tras revisar la literatura y comprobar que diversos estudios han mostrado que tanto para los grados I, II y parte del III, la ligadura con banda es mejor que la esclerosis. Por otro lado un 80-90% de los pacientes con hemorroides prolapsadas (G III), son aún subsidiarios de tratamiento conservador siendo la ligadura con banda el procedimiento de elección.
Así pues, nuestro objetivo principal es aplicar un procedimiento ambulatorio a realizar en consultas externas, sin ingreso hospitalario, reduciendo la inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) de aquellos pacientes con hemorroides G III o cualquier grado hemorroidal (excepto G IV) con clínica de rectorragia sometidos en nuestra práctica clínica actual a los diversos procedimiento quirúrgicos: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización.

MÉTODO
El tratamiento habitual de las hemorroides G III, G IV y aquellas con clínica de rectorragia en nuestro centro es quirúrgico: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización. Esto implica su inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) con su correspondiente tiempo de espera, su ingreso hospitalario y una estancia hospitalaria de al menos 24 horas tras la cirugía. Pretendemos incluir en la cartera de servicios de la Unidad de Coloproctología un procedimiento basado en el manejo instrumental AMBULATORIO para aquellos pacientes con hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, algún III y cualquier grado (excepto G IV) con clínica de rectorragia, reduciendo el abordaje quirúrgico de un subgrupo de pacientes con patología hemorroidal.

Recursos necesarios:
- Anamnesis y exploración clínica por un Coloproctólogo
- Aceptación por parte del paciente mediante firma del Consentimiento Informado
- Tacto rectal y Anuscopia
- Ligaduras HaemoBand©
- Sistema de aspiración.
- Programación de los pacientes en 1-2 medias consultas/mensuales

INDICADORES
A. Valoración mediante encuesta previa y posterior al tratamiento
B. Evaluación de resultados y monitorización de complicaciones:
1. Disconfort: si/no
2. Tenesmo: si/no
3. Dolor: si/no
Escala analógica-visual (0-10)
4. Rectorragia: si/no
si ha tenido: día de aparición
5. Fiebre
6. Retención aguda Urinaria (RAU)
7. Sépsis pélvica (infección sinergística)

El tratamiento es efectivo y mantenido en el tiempo entre el 77 y el 91% de los pacientes

DURACIÓN
Inicio de inclusión de pacientes en Junio de 2018 y desarrollo del procedimiento hasta junio 2019. Posterior evaluación de resultados y difusión del procedimiento.

Responsables:
Dra Manuela Elia Guedea
Dra Elena Córdoba Díaz de Laspra

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS 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 - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUELA ELIA GUEDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN
PALACIOS FRANCO MARIA GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semana previas a la intervención quirúrgica.
Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para enlentecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).
Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.
Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.
El cierre de ileostomia se lleva a cabo siempre con la misma técnica: anastomosis latero-lateral mecánica y cierre de piel subcuticular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha se han estimulado 17 pacientes. De momento no se ha llegado a la N necesaria, por lo que se continua en la actualidad incluyendo pacientes-
Se registran en una base de datos.
Cuando se acabe la recogida se analizarán los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sin haber concluido el estudio, podemos decir que la estimulación del asa aferente es una técnica factible de realizar en nuestros pacientes, desde el punto de vista clínico como organizativo.
Hasta que alcancemos el tamaño muestral requerido (n=32), no podremos sacar conclusiones en cuanto a complicaciones y reducción de íleo postoperatorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1198 ========== ***

Nº de registro: 1198

Título
REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

Autores:
ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, PALACIOS FRANCO MARIA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

PROBLEMA
La cirugía rectal cada vez más radical, trajo consigo el aumento de la tasa de complicaciones como la dehiscencia anastomótica. Medidas como la creación de una ileostomía de protección (IP) fueron adoptadas para reducir la morbi-mortalidad tras la escisión mesorrectal total en pacientes con cáncer rectal sometidos a tratamiento neoadyuvante. Pero la IP conlleva inconvenientes como la necesidad de una nueva intervención para su cierre, disminución de la calidad de vida durante el tiempo que se mantiene en uso y las complicaciones generadas tras el cierre de la misma. El íleo paralítico postoperatorio (IPP) es el que presenta una mayor incidencia provocando un aumento de la estancia hospitalaria y un mayor gasto sanitario. Otras complicaciones como: íleo mecánico, fuga anastomótica o la hemorragia también están presentes, además de la hernia ventral postoperatoria.

En ausencia de complicaciones proponemos el cierre precoz de la IP, sin embargo en aquellos pacientes en los que es necesario administrar quimioterapia postoperatoria suele retrasarse hasta después del fin de la misma. El cierre tardío de una IP conlleva una serie de cambios estructurales adicionales que podrían influir al desarrollo del IPP, atribuible al intestino eferente excluido del tránsito intestinal. La motilidad y la absorción del intestino delgado están estrechamente relacionadas con la estructura de la mucosa y del músculo, y los cambios estructurales que se producen tras la creación de la IP contribuyen al desarrollo del IPP. Se han estudiado los cambios intestinales producidos tras la creación de una IP, mostrando una pérdida de contractilidad de la capa muscular y una atrofia de las vellosidades intestinales, causa de “obstrucción funcional” intestinal tras la reconstrucción del tránsito y del desarrollo del IPP. Otros estudios han analizado los cambios morfológicos tras una IP mostrando un aumento del tamaño de las vellosidades intestinales y del espesor de la mucosa en el segmento proximal ileostómico.
El IPP representa la complicación más frecuente tras el cierre de la IP con un aumento en la morbimortalidad asociada al procedimiento e implicaciones socioeconómicas como: estancia hospitalaria prolongada y mayor gasto sanitario. En las series publicadas la incidencia del IPP varía entre el 10 y el 32%. En nuestra Unidad el IPP tras cierre tardío de ileostomía es del 15,10% y la estancia postoperatoria de 11,74 días (DE 15,74). Por tanto proponemos la estimulación del cabo eferente para intentar disminuir el IPP con la consiguiente reducción de la estancia media cuando el cierre deba demorase mas allá de los 6 meses.

RESULTADOS ESPERADOS
Estudio prospectivo randomizado que compara estimulación intestinal a través del asa eferente de IP previa a su cierre, frente a la no estimulación. Analizaremos si disminuye la incidencia de IPP en los pacientes estimulados frente a los no estimulados, esperando reducir la incidencia de IPP por debajo del 5%.

MÉTODO
La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semana previas a la intervención quirúrgica. Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para enlentecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).
Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.
Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.

INDICADORES
1. Durante el período de estimulación disponemos de un formulario donde se valoran diariamente y hasta el día de la cirugía los parámetros:
- Dolor abdominal.
- Expulsión de gases y heces.
- Número de deposiciones
- Capacidad de control de deposiciones.
- incidencias

2. Analizaremos la incidencia de IPP en ambos grupos de pacientes y estableceremos si la estimulación del cabo eferente es un factor determinante en la incidencia de IPP.
a. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes sometidos a estimulación del cabo eferente
b. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes grupo control
c. Días para inicio de ingesta
d. % total de pacientes sometidos a estimulación/% de IPP
e. % complicaciones en ambos grupos (Clavien-Dindo)
f. Estancia media global y estratificada por grupos

DURACIÓN
Inicio de inclusión de pacientes: mayo de 2018 y desarrollo del procedimiento basando el tamaño muestral calculado según el análisis retrospectivo de complicaciones postquirúrgicas tras el cierre de ileostomía. Ajustando un 15% de pérdidas, establecemos 32 pacientes por grupo para un nivel estadístico del 95% y una potencia de 0.8 (final probable 2020)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1285

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 07/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALLUE CABAÑUZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
PEREZ PANZANO ESTHER
HERNAEZ ARZOZ ALBA
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de encuestas de satisfacción validadas y calidad de vida, quedando pendiente la evaluación de los datos obtenidos y la comunicación de los resultados en la reunión multidisciplinar de la Unidad de Mama, para obtener conclusiones y establecer protocolos de información adaptados a las necesidades de las pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han entregado hojas de información y encuestas a todas las pacientes de intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata en la Unidad durante el periodo Agosto-Diciembre 2018, si bien, el numero es insuficiente para establecer conclusiones generalizables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han entregado hojas de información y encuestas a todas las pacientes de intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata en la Unidad durante el periodo Agosto-Diciembre 2018, si bien, el numero es insuficiente para establecer conclusiones generalizables por lo que continuaremos con el proyecto, entregando encuestas y evaluando la percepción de las pacientes intervenidas durante el 2019. Creemos se trata de un proyecto sostenible dado su mínimo coste y facilmente replicable, y que puede aportar información útil para mejorar la información que se da a este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1285 ========== ***

Nº de registro: 1285

Título
EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

Autores:
ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, PEREZ PANZANO ESTHER, HERNAEZ ARZOZ ALBA, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
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
Hasta un 50% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama experimentan niveles elevados de malestar emocional, ansiedad (relacionada con su apariencia,sexualidad y autoestima), depresión y peor calidad de vida. A pesar de que la cirugía conservadora es el gold estándar del tratamiento quirúrgico del cáncer mama, hasta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1285

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

un 30-50% de mujeres precisan mastectomía, lo que se suma al impacto del diagnóstico de cáncer. La reconstrucción inmediata cuenta con grandes ventajas psicológicas y económicas, pero no es garantía de satisfacción completa a largo plazo. Uno de los aspectos en que coincide la literatura y que incide en la calidad percibida por las pacientes, es en la necesidad de información antes de tomar la decisión. En este sentido es importante conocer las carencias ante la información que se proporciona, con el fin de dotar de instrumentos a los profesionales para mejorarla.Conociendo la experiencia de nuestras propias pacientes podremos elaborar planes para mejorar la calidad de la atención percibida en los diferentes puntos del análisis.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer las vivencias, expectativas y grado de satisfacción percibida de las pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción inmediata. Se evaluarán cinco áreas.1)El impacto del diagnóstico del cáncer.2)Información recibida ante la intervención.3)Las experiencias en el postoperatorio.4)Cumplimiento de expectativas.5)Satisfacción con la decisión tomada.

MÉTODO
Se realizarán encuestas de satisfacción validadas internacionalmente (BreastQ test) así como entrevista personalizada a las pacientes durante las visita postoperatorias, con la colaboración del personal de enfermería de la Unidad de Mama. En la entrevista se incluirán preguntas relacionadas con la experiencia ante la operación, con la información recibida antes de la cirugía pro¬puesta, con la experiencia después de la intervención, sobre las cicatrices, efectos secundarios, complicaciones y secuelas, sobre el pecho reconstruido y si volvería a pasar por la misma experiencia de la reconstrucción.Se evaluará la relación entre la calidad de la información recibida sobre el tratamiento por parte de los profesionales y las expectativas derivadas de la información proporcionada. Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la información en cuanto al tema, en concreto, de la reconstrucción mamaria después de la mastectomía.

INDICADORES
Para monitorizar el proyecto y los resultados nos basaremos en el módulo de reconstrucción BREAST-Q postoperatorio, que está compuesto por nueve escalas que pueden utilizarse de forma independiente. Encontramos referencias en la literatura, relativas a estudios de mayor envergadura que determinan los valores a alcanzar en nuestro proyecto.
Eltahir et al (2013) compararon mujeres con reconstrucción mamaria frente a mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. Las mujeres reconstruidas obtuvieron mayor puntuación en satisfacción con los pechos (p=0.003), bienestar psicosocial (p=0.008), bienestar sexual (p=0.007) y satisfacción con la cirugía (p=0.001).

DURACIÓN
Realización de entrevistas y encuestas a las pacientes intervenidas entre agosto de 2018 y Diciembre de 2018.Responsables: personal de enfermería de la Unidad de Mama
Análisis de los resultados obtenidos Enero y febrero de 2019.Responsable: personal médico de la Unidad de Mama
Se comunicarán los resultados en las reuniones de la Unidad de mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso, se realizará un análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos y puesta en marcha de actividades para mejorar la calidad de la asistencia en este ámbito. Responsable: personal médico de la Unidad de Mama. Fecha prevista de inicio agosto 2018 y finalización marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE CABAÑUZ MARTA
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde que se inició el proyecto se ha llevado a cabo la realización del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios para entregar al alta a las pacientes, en base a la bibliografía existente y a las recomendaciones de todas las sociedades de patología mamaria. Esta actividad se ha llevado a cabo siguiendo el calendario previsto en julio de 2018.
También siguiendo el calendario previamente fijado, desde el mes de agosto se viene entregando dicho documento a todas las pacientes intervenidas en la unidad previo al alta hospitalaria.
Paralelamente se han registrado las visitas de las pacientes a la Sala de Curas de la Unidad de Mama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento no se han podido extraer resultados ya que el periodo de entrega del documento y de evaluación del grado de satisfacción en consultas, así como del número de visitas a la Sala de Curas, marcado en nuestro proyecto no finaliza hasta marzo de 2019, por lo tanto nos encontramos inmersos aún en el proceso de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A día de hoy aún no es posible sacar conclusiones dado que aún no se ha llevado a cabo el análisis de los resultados, sin embargo y de forma subjetiva, la percepción por parte de los facultativos es de que la entrega del documento de recomendaciones al alta es una medida sencilla de realizar, que no consume recursos más allá de su impresión en papel, y que puede ser muy útil para la paciente una vez que se encuentra en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1301 ========== ***

Nº de registro: 1301

Título
RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Autores:
HERNAEZ ARZOZ ALBA, ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GUËMES SANCHEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
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
Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

oncológica. Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios.
Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.
Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

MÉTODO
Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria.
Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

INDICADORES
El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios.
Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN
Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE CABAÑUZ MARTA
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde que se inició el proyecto se ha llevado a cabo la realización del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios para entregar al alta a las pacientes, en base a la bibliografía existente y a las recomendaciones de todas las sociedades de patología mamaria. Esta actividad se ha llevado a cabo siguiendo el calendario previsto en julio de 2018.
También siguiendo el calendario previamente fijado, desde el mes de agosto se viene entregando dicho documento a todas las pacientes intervenidas en la unidad previo al alta hospitalaria.
Paralelamente se han registrado las visitas de las pacientes a la Sala de Curas de la Unidad de Mama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento no se han podido extraer resultados ya que el periodo de entrega del documento y de evaluación del grado de satisfacción en consultas, así como del número de visitas a la Sala de Curas, marcado en nuestro proyecto no finaliza hasta marzo de 2019, por lo tanto nos encontramos inmersos aún en el proceso de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A día de hoy aún no es posible sacar conclusiones dado que aún no se ha llevado a cabo el análisis de los resultados, sin embargo y de forma subjetiva, la percepción por parte de los facultativos es de que la entrega del documento de recomendaciones al alta es una medida sencilla de realizar, que no consume recursos más allá de su impresión en papel, y que puede ser muy útil para la paciente una vez que se encuentra en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1301 ========== ***

Nº de registro: 1301

Título
RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Autores:
HERNAEZ ARZOZ ALBA, ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GUËMES SANCHEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
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
Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

oncológica. Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios.
Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.
Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

MÉTODO
Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria.
Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

INDICADORES
El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios.
Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN
Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1381

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BLANCO BAIGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMBAN MASCARAY NOEMI
CASTAN BELLIDO LIDIA
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año.
Revisión de los consentimientos informados existentes en nuestro servicio y en la intranet de nuestro hospital, y analizar las carencias en cuanto a patología de mano y muñeca.
Elaboración de los consentimientos informados de las patologías de mano y muñeca más frecuentes realizadas en nuestro servicio que no contaban con uno propio.
Disposición de los consentimientos realizados para su uso en consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El análisis llevado a cabo por el grupo de trabajo tuvo como resultados la elaboración de 11 consentimientos informados nuevos homologados por la Sociedad Española de Cirugía de Mano (Artroscopia de muñeca; Reparación de fibrocartílago triangular; Tratamiento artroscópico de las inestabilidades carpianas; Tenosuspensión por rizartrosis; Lesión del ligamento cubital metacarpo-falángico del pulgar; Artroplastia de muñeca y dedos; Inestabilidad escafolunar; Mano congénita; Tratamiento del Dupuytren con colagenasa; Osteotomía de radio y cúbito; Sinovectomía de mano y muñeca), y su incorporación a la práctica clínica en la consulta donde se explica al paciente el tipo de cirugía a realizar y sus posibles complicaciones.
Ambas acciones cumplen los indicadores propuestos previamente (mínimo de 10 consentimientos y su implantación en la consulta).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto se evidencia la dificultad para el transcurso de la consulta prequirúrgica sin contar con los consentimientos adecuados para las cirugías específicas de mano y muñeca, y la mejora de la misma al disponer de dichos consentimientos.
Con la incorporación de los consentimientos se facilita al paciente la comprensión de la cirugía y se mejora la cobertura legal del facultativo.
Se evidencia que todavía quedan consentimientos pendientes de incluir para cirugías poco frecuentes, ya que la cirugía de mano y muñeca ha aumentado sus procedimientos considerablemente en las últimas décadas con la adquisición de nuevos implantes y nuevas técnicas quirúrgicas que antes no eran usuales, como la artroscopia de muñeca y la microcirugía. Se puede ampliar en un futuro este proyecto para otras intervenciones, sin coste alguno.
También se considera como el siguiente paso de este proyecto la incorporación de los consentimientos presentados a su pestaña de intranet pertinente para facilitar su utilización a los facultativos de nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1381 ========== ***

Nº de registro: 1381

Título
INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
BLANCO BAIGES EDUARDO, LAMBAN MASCARAY NOEMI, CASTAN BELLIDO LIDIA, GOMEZ VALLEJO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1381

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hoy día el número de procedimientos quirúrgicos en Traumatología ha aumentado considerablemente respecto a las últimas décadas. Los avances son más notorios en campos específicos como la cirugía de mano y muñeca, y lo que antes eran intervenciones excepcionales hoy son cirugías cotidianas (artroscopia de muñeca, tenosuspensión por rizartrosis, transferencias tendinosas, injertos vascularizados, microcirugía, artroplastias de carpo y dedos, acortamiento de cúbito,...).
El marco legal alrededor de muchos de estos procedimientos no está del todo actualizado, y concretamente no disponemos de los consentimientos informados específicos de estos procesos.
En la práctica clínica de la consulta, al incluir a muchos pacientes en la lista de espera quirúrgica por cirugía de mano y muñeca es necesario dar al usuario un consentimiento general sobre el que hay que escribir las complicaciones específicas de cada proceso, y existe la posibilidad de no aclarar todos los posibles riesgos y complicaciones. Con respecto a cirugías convencionales (que disponen de consentimiento propio), el tiempo de consulta se incrementa notablemente y el respaldo legal es menor.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar al paciente una información más adecuada y detallada sobre el procedimiento quirúrgico de mano o muñeca al que se va a someter.
Facilitar al facultativo la práctica clínica en la consulta.
Agilizar los trámites en la inclusión en lista de espera quirúrgica.
Ampliar el respaldo legal del facultativo.

MÉTODO
Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año para elaborar un listado de las más frecuentes.
Revisar los consentimientos existentes en Cirugía Ortopédica y Traumatología relativos a cirugía de mano y muñeca.
Elaborar consentimientos quirúrgicos de las intervenciones más frecuentes que presenten carencias documentales.
Disponer de dichos consentimientos en la consulta para su uso.
Estas acciones se llevarán a cabo por el equipo de mejora de este proyecto.

INDICADORES
Los indicadores serán:
- la realización de un mínimo de 10 consentimientos informados nuevos.
- la incorporación de los consentimientos a la práctica clínica en la consulta.

DURACIÓN
Los consentimientos se realizarán desde Julio hasta 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 - 2018/1415

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELICITO GARCIA-ALVAREZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAREDA ALBAREDA JORGE
LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL
ESTELLA NONAY RUBEN
BURILLO FUERTES PILAR
GRAN UBEIRA NESTO
SARASA ROCA MARTA
ANGULO CASTAÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla y cadera y en el momento del ingreso hospitalario para la cirugía programada.
Se ha iniciado la incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
Se ha iniciado la revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
Se está realizando un seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
Se han realizado sesiones formativas periódicas sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros delservicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza (14-09-2018 Tipos de implantes en el recambio de la artroplastia de rodilla.
26-10-2018 Tipos de implantes en el recambio de la artroplastia de cadera.
23-11-2018 El aparato extensor en la artroplastia de rodilla: indicaciones terapéuticas, consecuencias y complicaciones postquirúrgicas.).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos recogidos son insuficientes para la elaboración de conclusiones válidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto está sirviendo para formar a los médicos residentes del servicio en el análisis clínico y de datos. Ha mejorado la percepción de la importancia de los factores de riesgo para el desarrollo de la infección asociada a la artroplastia por parte del personal facultativo del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1415 ========== ***

Nº de registro: 1415

Título
DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Autores:
GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL, ESTELLA NONAY RUBEN, CASTILLO PALACIOS ANDRES, BURILLO FUERTES PILAR, LORENZO LOPEZ RAUL, GRAN UBEIRA NESTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1415

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección asociada a artroplastia supone una grave amenaza para la salud del paciente, un deterioro de su capacidad funcional y un alto coste económico y de recursos para el sistema sanitario. La incidencia de la infección en la artroplastia primaria de cadera está cerca del 1% en artoplastia de cadera primaria, entre un 2-3% en la artroplastia de rodilla primaria, y cercana al 5% en la artroplastia de recambio de rodilla no séptica. El incremento en el número de artroplastia implantadas cada año, el envejecimiento de la población y de sus co-morbilidades asociadas, provocan que el problema se acreciente. Entre los factores asociados a este tipo de infecciones existe una parte vinculada a la técnica quirúrgica, condiciones del material y de los quirófanos, y otra parte importante asociada a la predisposición de determinados pacientes por las características de su sistema inmunológico, los tratamientos habituales o las co-morbilidades asociadas. Hay un esfuerzo continuado en la eliminación del riesgo asociado al material. Pero existe un campo de trabajo en la detección y control de los factores asociados al paciente que le predisponen al desarrollo de una infección asociada a la artroplastia. Algunos de estos factores aparecen posteriormente en el tiempo, como es el caso de la parición de infecciones en otras partes del organismo en pacientes portadores de artroplastia que provoca una bacteriemia, y esta una colonización del implante con el desarrollo posterior de una infección asociada a la artroplastia.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Detección y análisis de los factores del paciente que se asocian a un mayor riesgo de infección asociada a artroplastia.
2- Control y disminución de esos factores de riesgo.
3- Educación del paciente sobre los factores de riesgo.
4- Determinación de la incidencia de infección asociada a artroplastia en nuestro medio.

MÉTODO
1-Elaboración de una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla, cadera u hombro.
Anamnesis sobre hábitos tóxicos, co-morbilidades y medicación habitual.
2-Sesiones formativas periódicas (1/cuatrimestre) sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
3- Incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
4- Revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
5- Seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
6- Análisis de la población estudiada y correlación de los datos recogidos.

INDICADORES
Para el diagnóstico de la infección asociada a artroplastia se aplicarán los criterios de la Musculoskeletal Infection Society (Parvizi et al. Clin Orthop Relat Res 2011; 469(11).
Se confecionará una base con los datos recogidos.

DURACIÓN
Inicio octubre de 2018.
Finalización diciembre de 2020.
Responsables: Felícito García-Alvarez, Jorge Albareda, José Manuel Lasierra, Pilar Burillo y los colaboradores indicados en el listado.
Sesiones cuatrimestrales con el servicio de Cir Ortop. y Traumatología, además de una sesión previa conjunta para la puesta en marcha de la recogida de datos en las consultas.
Al finalizar el proyecto. análisis de los resultados y publicación de los mismos en revistas científicas.

OBSERVACIONES
En una segunda fase del estudio se plantearía un proyecto de mejora con intervención directa sobre los factores de riesgo detectados durante el periodo previo a la cirugía.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIO JUAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAÑO PARDO JOSE RAMON
GARCIA GUTIERREZ CESAR
MORALES ANDALUZ JOSE
MORTE ROMEA ELENA
GOMEZ VALLEJO JESUS
TORRES CAMPOS ANTONIO
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han programado pacientes que requieren terapia antibiótica para su tratamiento de forma ambulatoria, procediéndose al alta hospitalaria una vez su proceso quirúrgico lo permitía, evitando estancias prolongadas y continuando la terapia antibiótica necesaria de forma ambulatoria.
Se ha cumplido el calendario previsto con uso mínimo de recursos ya disponibles en nuestro hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha disminuido la exposición y con ello el riesgo a la adquisición / transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
Hemos evitado trastornos a los pacientes y sus familiares, con un recurso más eficiente de los recursos sanitarios, con disminución de forma llamativa de la estancia hospitalaria, evitando además el bloqueo de habitaciones, permitiendo un uso compartido y multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios.
Se ha permitido una incorporación antes a la actividad habitual, incluso laboral, con una mejor satisfacción del paciente con el servicio prestado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de un proyecto altamente eficiente, con un uso mínimo de medios materiales y humanos, un ahorro en tiempo y recursos máximo y una mejora de la calidad asistencial importante

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1428 ========== ***

Nº de registro: 1428

Título
TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

Autores:
JUAN GARCIA EMILIO, PAÑO PARDO JOSE RAMON, GARCIA GUTIERREZ CESAR, MORALES ANDALUZ JOSE, MORTE ROMEA ELENA, GOMEZ VALLEJO JESUS, TORRES CAMPOS ANTONIO, CASTAN BELLIDO LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procesos Infecciosos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El número de prótesis puestas en Traumatología se multiplica cada año, requiriendo optimizar los tiempos quirúrgicos, los recursos humanos y materiales y fundamentalmente la estancia hospitalaria.
Además las prótesis de rodilla y cadera se llevan implantando desde hace muchos años lo que obliga a cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

de recambio de dichos implantes, cirugías que son más complejas y subsidiarias de mayores complicaciones.
Un porcentaje de pacientes sufren una infección o requieren un recambio de una prótesis séptica, en uno o 2 tiempos y por lo tanto sufrirán una ó 2 intervenciones quirúrgicas más tras la prótesis inicial, con las consiguientes estancias hospitalarias y recursos necesarios.
Un elevado número de estos pacientes podrían ser dados de alta sin ningún problema, pero nos encontramos que debido al tratamiento antibiótico parenteral que requieren, deben mantener su estancia hospitalaria una media de 3 semanas, simplemente para recibir la antibioterapia necesaria, cuando si no fuera por dicho motivo, este paciente podría ser dado de alta en 5-7 días.
En nuestro hospital solo es posible administrar tratamientos antibióticos por vía intravenosa a pacientes ingresados y exclusivamente por dicho motivo se mantienen ingresados a pacientes clínicamente estables simplemente para recibir antibioterapia parenteral. Esta situación:
a) conlleva un aumento del riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
b) supone un perjuicio para el paciente y sus familiares
c) implica un uso ineficiente de los recursos sanitarios.
d) Prolonga innecesariamente la estancia hospitalaria
e) Obliga en ocasiones a bloquear camas para no compartir habitaciones los procesos sépticos con cirugías con implantes
Para evitar esta situación de riesgo, perjuicio para los pacientes, ineficiencia para el sistema y medias elevadas de estancia hospitalaria por causas poco justificadas, existen los programas de antibioterapia parenteral de forma ambulatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
No puede ser que algo tan simple a priori como la administración parenteral de un antibiótico, obligue a pacientes a mantener sus ingresos hasta una media de 3 semanas, cuando en menos de una podrían estar en su domicilio, con los beneficios que reportan tanto para ellos, como para el propio sistema de Salud.
Por ello el objetivo del proyecto ha de ser la aplicación de la antibioterapia de forma ambulatoria a todos estos pacientes intervenidos de prótesis articular, que no requieren ingreso hospitalario por ningún otro motivo que el simple hecho de dicho tratamiento, logrando con ello:
a) Disminuir el riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
b) Evitar perjuicios para el paciente y sus familiares
c) Evitar el uso ineficiente de los recursos sanitarios.
d) Disminuir llamativamente la estancia hospitalaria
e) Evitar el bloqueo y uso compartido de habitaciones en este tipo de procesos, multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios
f) Permitir que el paciente se incorpore antes a su actividad habitual, incluso laboral.
g) Mejorar la satisfacción del paciente con el servicio prestado

MÉTODO
El hospital dispone de medios humanos y materiales para poder administrar los antibióticos parenterales que estos pacientes requieren de forma ambulatoria, como la quimioterapia de los pacientes oncológicos, y lo que es más importante aún dispone del interés y ganas del servicio de Traumatología y de Infecciosos para conseguir los objetivos de este proyecto.
El paciente se iría de alta hospitalaria con su correspondiente informe, al que se adjuntaría el tratamiento antibiótico a seguir de forma ambulatoria, junto con las dosis, periodicidad, tiempo, duración y lugar de administración y se enviaría copia del mismo al personal de enfermería responsable de su administración para mayor fiabilidad.

INDICADORES
a.-Se monitorizarán el número de pacientes incluidos en el programa, así como se establecerán los motivos por los que haya pacientes que no puedan seguirlo, y se buscará en fases siguientes la mejor solución para aquellos que queden excluidos si la hubiera
b.-Se estimará el ahorro en días de ingreso/mes
c.-Se estimará el aumento de camas disponibles/mes, tanto por el alta del paciente como por el desbloqueo de la habitación compartida con éste.
d.-Se valorará el grado de satisfacción personal de los pacientes que sigan el programa
e.-Se valorará el grado de decepción de los pacientes que no puedan seguirlo

DURACIÓN
Iniciar el programa lo antes posible, de cara a conseguir los objetivos del proyecto a la mayor brevedad. El proyecto se realizará durante el período de un año, y al año se valorarán los indicadores de evaluación para estimar el interés del mismo en virtud de los recursos utilizados, con el fin último de prolongar indefinidamente la terapia antibiótica ambulatoria en pacientes con artroplastia y que pase a formar parte de la cartera de servicios del centro hospitalario.

OBSERVACIONES
Se trata de un proyecto que, con muy escasos recursos, ya disponibles por el centro hospitalario, puede resolver varios objetivos a cumplir en la mejora para el paciente, la eficiencia de recursos y la gestión de camas.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1056

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CONEJERO DEL MAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA
ESCARTIN MADURGA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.
Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.
Los pacientes han sido remitidos desde las consultas de pediatría, urgencias, primaria o consultas de dermatología.
La Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología ha sido la responsable de la consulta, habiéndose contado con la colaboración de una enfermera de Pediatría Mª Victoria Mallén Alastuey quien se ha encargado del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos. También se ha contado con la colaboración de la Dra. Laura Escartín Madurga quien debía valorar y tratar los posibles efectos secundarios derivados del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes han sido citados coincidiendo con la consulta de Dermatología pediátrica en el servicio de Dermatología, siendo una consulta mensual. La consulta de pediatría se han valorado 107 pacientes de los cuales 15 han sido enfermedades vasculares, y de ellos tres han precisado tratamiento con Propanolol. Cuando se ha precisado tratamiento con Propanolol los pacientes acudían a pediatría donde se iniciaba el tratamiento y los controles pertinentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que es fundamental poder trabajar en consultas multidisciplinares. En este caso es necesario el correcto diagnóstico de las lesiones vasculares, como son los Hemangiomas que se pueden beneficiar de tratamiento médico, debiendo ser diferenciadas de las malformaciones vasculares. Dicho tratamiento puede producir efectos secundarios, los cuales van a ser mejor valorados por un pediatra y debemos hacer control de constantes en los niños en las primeras dosis del tratamiento y en cada aumento del mismo, en cuyo caso la participación de una enfermera de pediatría ha sido fundamental.

7. OBSERVACIONES.
La valoración de las lesiones vasculares de la infancia deben ser tratadas en una consulta monográfica por ser ya que es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias.
El inicio del tratamiento debe ser lo mas precoz posible para evitar complicaciones posteriores.
Es preciso el control de los posibles efectos secundarios del fármaco por personal experto pediatras y enfermera de pediatría

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1056 ========== ***

Nº de registro: 1056

Título
LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Autores:
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA, ESCARTIN MADURGA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1056

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la infancia pueden presentarse diferentes tipos de lesiones vasculares, como los hemangiomas infantiles, que son con diferencia los más frecuentes, y otros más raros, como el hemangioendotelioma kaposiforme o las malformaciones vasculares en todas sus variantes. Su correcto conocimiento y diagnóstico, es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias, y si fuera preciso, recibir el tratamiento más indicado y efectivo en cada caso. Todo ello contribuye en evitar las consultas a diferentes ("pacientes nómadas") y contribuir a una escolarización-socialización del niño con las mínimas secuelas psicológicas.
Actualmente, el tratamiento con Propanolol, ha demostrado eficacia en el tratamiento de los hemangiomas infantiles, es un tratamiento muy eficaz y seguro, pero se debe monitorizar a los pacientes. Hasta hace poco tiempo, estos pacientes eran ingresados durante 24 h para poder ser monitorizados. Actualmente la experiencia con el fármaco, permite que no sea necesario el ingreso hospitalario, sin embargo sí que es preciso monitorizar y controlar al paciente durante unas horas al inicio del tratamiento y en los aumentos de dosis del fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.
Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.

MÉTODO
El inicio de dicha consulta, se comunicará al servicio de Pediatría y pediatras de atención primaria para que los niños sean remitidos a la consulta lo más precozmente posible mejorando así el pronóstico de muchos de ellos.
Los pacientes también podrán ser remitidos desde las consultas de Dermatología y desde Urgencias.
Se hará responsable de la misma la Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología. Vamos a contar con la colaboración de una enfermera de Pediatría Mª Victoria Mallén Alastuey quien se encargará del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos o los posibles efectos secundarios derivados del mismo lo realizará la adjunta de Pediatría Laura Escartín Madurga

INDICADORES
Los indicadores para la monitorización del proyecto serán el número total de niños atendidos con lesiones vasculares en la consulta de Dermatología Pediátrica, el número de niños candidatos al tratamiento con Propanolol, que serán monitorizados en las consultas de pediatría de nuestro hospital, y el seguimiento de los mismos.

DURACIÓN
De Junio 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 - 2018/1061

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA CONEJERO DEL MAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo el cual es utilizado por la Dra. Claudia Conejero del Mazo. Dicha técnica aporta información en el momento inicial del diagnóstico (lo que permite ajustarnos a los protocolos establecidos en las guías terapéuticas actuales), poder valorar la evolución de las lesiones, y además aporta información en la respuesta al tratamiento instaurado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 86 pacientes valorados en la consulta de hidradenitis superlativa, ha sido necesario la realización de ecografía en la mitad de los pacientes. 50% de todos los pacientes para valorar el estadio inicial de las lesiones y el seguimiento de las mismas tras la introducción de los tratamientos instaurados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de un año de trabajo en está consulta, pensamos que ha supuesto una mejora en los pacientes, el poder tener a una persona especializada en dicha patología. A pesar de ello, la gran complejidad que supone el inicio de los diferentes tratamientos y la decisión de cual es el mejor momento para realizar los tratamientos quirúrgicos, nos hemos puesto en contacto con los cirujanos para en el próximo año iniciar una consulta multidisciplinar, para poder valorar a los pacientes en el mismo momento en la consulta de hidradenitis el cirujano y el dermatólogo.

7. OBSERVACIONES.
La creación de está consulta de Hidradenitis supurativa, proporciona una mejora de la calidad asistencial de los pacientes con dicha patología. El disponer de un ecógrafo en la consulta, facilita el diagnóstico, estadificación de la enfermedad, además de permitir el seguimiento y control de los tratamientos establecidos.
Vamos a continuar realizando esta consulta y mejorándola.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1061 ========== ***

Nº de registro: 1061

Título
HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

Autores:
CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La hidradenitis supurativa es una enfermedad cutánea crónica, inflamatoria, recurrente y debilitante del folículo piloso, que se presenta habitualmente con lesiones dolorosas, profundas e inflamadas en las áreas del cuerpo que albergan glándulas apocrinas, y son más frecuentes en las regiones axilares, inguinales y anogenitales. Se trata de una entidad de difícil manejo, ya que, en muchas ocasiones, es complicado precisar la verdadera naturaleza y la extensión de las lesiones. La ecografía cutánea permite una visualización en tiempo real de las estructuras cutáneas en estudio que define el tipo de lesión, su extensión anatómica y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1061

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

grado de actividad inflamatoria, lo que repercutirá en el manejo adecuado del paciente. Es una técnica útil en el diagnóstico, el estadiaje de la enfermedad y el seguimiento y monitorización de la respuesta al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes que presenten lesiones inflamatorias recidivantes inguinales, axilares o anogenitales, de cualquier edad o sexo, que hayan sido valorados en consultas de Atención primaria, Cirugía, Dermatología o Urgencias. El objetivo que se desea obtener es poder diagnosticar, estadificar, y monitorizar a los pacientes, tanto si precisan tratamiento médico convencional, tratamiento biológico o cirugía.

MÉTODO
Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo, el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones al inicio del tratamiento así como la respuesta a los fármacos.

INDICADORES
Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta de hidradenitis supurativa, así como el nº de pacientes que precisen de la utilización del ecógrafo para el seguimiento.

DURACIÓN
Desde Junio 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 - 2018/0146

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes adultos se captan a través de la consulta de EC del HCU y los niños a través de la consulta de digestivo infantil.
La comunicación se realiza vía telefónica o por mail, se han enviado 463 correos y recibidos 258.
La educación consta de dos sesiones, de dos horas de duración cada una

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de celiacos asistentes ha sido 78, y el de familiares 35, el objetivo era 25.
Se han realizado 7 talleres desde septiembre de 2017, hasta mayo de 2018, Desde el mes de mayo del 2018 se ha instaurado la “escuela de celíacos”, con una periodicidad semanal, el objetivo era 4 talleres.
El test de valoración de conocimientos previos muestra un 21 % de fallos sobre el total de preguntas, reduciéndose estos tras la formación a un 2%, el objetivo era un 30%.
La encuesta de grado de satisfacción (valoración de 1 a 10) muestra que el 90% de los pacientes lo valoran con 10 y el 10% con 9., el objetivo era un 7.5 sobre 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de los asistentes ha sido muy positiva.
Los pacientes han mejorado los conocimientos y habilidades necesarias para manejar su enfermedad, potenciando su motivación y recursos.
Los padres reclaman la realización de talleres específicos para niños y con mayor amplitud de horarios.
La dinámica del taller mejoraría si se pudieran realizar por grupos de edad
Sería necesario, en determinados casos realizar una revisión de la dieta personalizada

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/146 ========== ***

Nº de registro: 0146

Título
DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE L A ESCUELA DE CELIACOS EN HCU LOZANO BLESA

Autores:
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR, REMACHA TOMEY BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora calidad de vida

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

PROBLEMA
La enfermedad celíaca (EC) es la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España, estimándose una prevalencia del 1%.
El único tratamiento para controlarla, se basa en la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).
En la actualidad, los pacientes recién diagnosticados no cuentan con ningún tipo de educación terapéutica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0146

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA

especializada. La implementación de un proceso educativo favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la enfermedad celiaca.
- Potenciar la motivación, capacidad y recursos necesarios para una adecuada adherencia al tratamiento dietético.
- Garantizar el seguimiento de los pacientes celiacos del Sector Zaragoza III

MÉTODO
1.- Captación de la población a través de la consulta de EC del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza.
2.- Organización de la educación terapéutica:
2.1- Destinatarios: Dirigido a pacientes celíacos recién diagnosticados
2.2- Inscripción: Se realizará en la consulta de EC del HCU.
2.3- Programación de la educación terapéutica:
2.3.1. Contenido:
Enfermedad Celíaca (etiopatogenia, cronicidad).
Consecuencias de la falta de adherencia a la dieta.
Cómo realizar una dieta equilibrada exenta de gluten.
Adquisición de competencias de autocontrol y de autoadaptación al nuevo estatus.
2.3.2. Sesiones:
Educación grupal con dos talleres teórico-prácticos por paciente, con una duración total de la misma de 5 horas
Realización consulta individualizada en los pacientes con una inadecuada evolución
3.- Evaluación de la formación: indicadores
4.- Seguimiento del paciente

INDICADORES
- Grado de conocimientos de los pacientes/familiares celiacos (antes/después de educación terapéutica). Medido mediante cuestionario de conocimientos.Valor a alcanzar 70% de aciertos en cuestionario final
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares, valorado mediante encuesta de satisfacción.Valor a alcanzar 7.5 sobre 10.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica. El objetivo es realizar 4
- Número de pacientes/familiares que han realizado los talleres de educación terapéutica, el objetivo es 25

DURACIÓN
Octubre 2017: inicio de los talleres
Junio 2018: finalización de los talleres

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones para la elaboración del proceso Ca Mama.
- Establecimiento de criterios de inclusión.
- Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
- IQ con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
- Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.
- Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
- Planificación de nueva ubicación de Consultas de Unidad de Mama con redimensionamiento del número de consultas de acuerdo con la presón asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

1º. Primer contacto con Unidad.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 60%.

Cada semana se reciben entre 20-25 nuevos casos solicitando consulta en la unidad, se valoran los miércoles y se citan para la siguiente semana la gran mayoría, entre los que se incluyen los que el médico de cabecera considera sospechosos, así pues el tiempo transcurrido entre valoración en consulta (valoración de la nota del MAP) y su visita en consulta oscila entre 5 y 9 días. Si el MAP se pone en contacto directo telefónico con Unidad de Mama la paciente puede ser vista en 24 o 48 h.

2º. Comité de tumores.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 100%.
Todas las pacientes que son vistas durante la semana portadoras de neoplasia (ya biopsiada) susceptibles de intervención quirúrgica son comentadas en el comité de tumores el lunes siguiente.
Así que el 100 % de las pacientes ya biopsias son comentadas en el comité antes de transcurridos 7 días

Además de los indicadores reseñados, los siguientes resultados son de destacar, por el cambio que han supuesto en la atención a las pacientes con patología en mama:
- Constitución de la Unidad de Mama con unificación de cirujanos generales, ginecólogos y oncólogos.
- Lista de Espera Quirúrgica única, evitando dos entradas diferentes (ginecología y cirugía general).

- Disminución de la variabilidad en la atención a las pacientes.

- Atención quirúrgica con equipos compuestos por cirujanos generales y ginecólogos.
- A todas las pacientes se realiza el ingreso quirúrgico en planta 4ª (ginecología), atendido por equipo quirúrgico que realiza la intervención quirúrgica.
- Planificación de área Unidad de Mama en consultas externas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento en cuanto a la integración de distintos especialistas en la Unidad, consiguiendo una única LEQ y una mejora en la variabilidad de la atención a las pacientes atendidas.
Queda pendiente la reubicación en consultas externas, que está pendiente de obras de adecuación, ya que van a ocupar el espacio donde estaban las consultas de psiquiatría que han sido trasladadas recientemente al Centro de Especialidades Inocencio Jiménez.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

UNIDAD DE MAMA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1757 ========== ***

Nº de registro: 1757

Título
UNIDAD DE MAMA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atención a pacientes con patología mamaria en más de un servicio ocasiona que sean atendidos con variabilidad, no justificable por las evidencias científicas. El conseguir un equipo multidisciplinar que trabaje cohesionado permitiría un trabajo más adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificar la actual estructura de la Unidad de Mama. Minimizar la variabilidad en la atención a la paciente con patología mamaria

MÉTODO
- Puerta de entrada única a la Unidad de Mama
- Unificación del proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes afectos de esta patología

INDICADORES
1. Primer contacto con la unidad
Descripción: Tº transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad <7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

2. Comité de tumores
Descripción: Tº transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores<7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

DURACIÓN
Subproceso1: sospecha diagnóstica hasta diagnostico(Atención Primaria, Radiología, Ginecología y Cirugía General). Enero-marzo
Subproceso 2. Consulta de patologías con tratamiento quirúrgico y estudios de extensión. (Comité de Mama, Radiología, Ginecología, Cirugía y Oncología). Febrero -abril
Subproceso 3.Tratamiento quirúrgico. (Cirugía, Radiología, Ginecología, Anestesia, Unidad Gestión de Camas) . Marzo-mayo
Subproceso 4 . Tratamiento Postquirúrgico (Oncología, Radioterapia, Rehabilitación, Psiquiatría, Ginecología y Cirugía). Mayo-julio
Subproceso 5. Seguimiento (Medicina de Familia, Oncología Médica, Ginecología, Cirugía, Radioterapia y Rehabilitación). Mayo -julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

UNIDAD DE MAMA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAREDA ALBAREDA JORGE
GUILLEN ANTON JULIA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
BLANCO RUBIO NIEVES
MOZOTA DUARTE JULIAN
BURILLO FUERTES PILAR
PASTOR TOMAS EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:
- 4 abril:
- Presentación Proyecto
- Se han priorizado para realizar las siguientes acciones:
1. Registro prospectivo de fracturas de cadera.
2. Trabajar en una Vía Clinica de Fractura de Cadera.

-10 abril:
1. Se debatió el borrador de Hoja de Recogida de Datos. Se acordó traer para la próxima reunión propuestas de modificaciones concretas a la misma, así como el responsable de la cumplimentación de cada uno de los datos.
2. Se presentó guión de Vía Clinica. Se concluyó que en la próxima reunión se repartiría a las partes involucradas el desarrollo de cada una de las partes.
- 27 abril.
1. Se consensúa la hoja de recogida de datos, y el método de recogida y análisis.

-21 mayo:
1. Se analizan los datos hasta la fecha.
2. Se realizan propuestas para mejorar el % de cirugía fractura cadera temprana: modificación cirugía en la guardia e incremento quirófanos para fractura cadera de urgencia diferida.

- 16 julio y 27 agosto: análisis de la evolución de los resultados, propuestas de mejora de los mismos.

- 23 noviembre.
. Se analizan los resultados. Se propone realizar el análisis excluyendo los pacientes que tienen contraindicación médica para la cirugía en las primeras 48 horas.
. Se debate la vía clínica, se proponen modificaciones tras consensuar algunos puntos.
- 12 diciembre.
. Se presentan los resultados de las fracturas del último mes.
. Se revisa la vía clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar las fracturas de cadera.
Se ha diseñado una hoja de recogida de datos prospectiva, que la abre el traumatólogo de guardia con los casos que acuden, pasándola al jefe de traumatología para finalizar su cumplimentación. El análisis de datos se realiza en la Unidad de Calidad. Presentándolos posteriormente en el grupo de trabajo para proponer acciones.
Del análisis de las fracturas de cadera en el periodo mayo- diciembre 2018 hemos hallado los siguientes datos:
1. Nº fracturas:
mayo 33, junio 43, julio 38, agosto 32, septiembre 36, octubre 35
noviembre 41, diciembre 50, Total 308
2. Fracturas extracapsulares:
mayo 26 (79%), junio 27 (63%), julio 24 (65%),
agosto 20 (62%), septiembre 14 (39%), octubre 22 (63%),
noviembre 26 (63%), diciembre 27 (54%), Total 186 (60,4%)
3. Porcentaje de Fracturas de cadera con Intervención Quirúrgica urgente (%):
mayo 18, junio 44, julio 42, agosto 20, septiembre 50, octubre 36,

noviembre 23, diciembre 30, Total 32,9
4. Plazo demora intervención quirúrgica (media días):
mayo 2,6, junio 2,3, julio 2,6, agosto 3,3, septiembre 2,2, octubre 2,9,
noviembre 3,5, diciembre 3,1, Total 2,8
5. % intervenciones quirúrgicas en las primeras 48 horas:
mayo 57, junio 47, julio 62, agosto 39, septiembre 65, octubre 55,
noviembre 50, diciembre 53, Total 53,5

La vía clínica está elaborada por el grupo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante una patología tan frecuente como la fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,3 fracturas/día en el periodo que estamos analizando en el proyecto) era una necesidad el constituir un grupo para impulsar medidas que permitan mejorar la atención a los pacientes con dicha patología, su constitución consideramos que es un primer escalón para conseguir mejorar y disminuir la variabilidad en el momento de realizar la intervención quirúrgica.
Hemos conseguido incrementar la cirugía urgente de la fractura de cadera del 25% al 33%.
Nos queda implantar la vía clínica y considerar otras medidas para minimizar la demora de la intervención quirúrgica.
Las reuniones periódicas del grupo de trabajo son un punto clave para evaluar los resultados, las tareas desarrolladas y trabajar conjuntamente en la consecución de los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/110 ========== ***

Nº de registro: 0110

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, GUILLEN ANTON JULIA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, BLANCO RUBIO NIEVES, MOZOTA DUARTE JULIAN, BURILLO FUERTES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
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
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,4 fracturas/día).
La variabilidad en el momento de la intervención quirúrgica condiciona inequidad en la atención a este tipo de pacientes.
No ha sido posible implementar una vía de práctica clínica.
Pacientes ancianos que consumen recursos de hospitalización, enfermería, rehabilitación, nutrición.
La cirugía urgente de cadera es claramente insuficiente (25%).
La demora en el momento quirúrgico genera hospitalizaciones innecesarias, puede incrementar las complicaciones y la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar la cirugía precoz de la fractura de cadera (90% en menos de 2 días)
Disminuir la mortalidad respecto al año 2017
Disminuir morbilidad añadida: IRAS, TEP, respecto a 2017
Realizar una Atención integral al paciente
Disminuir las estancias innecesarias
Iniciar de forma precoz la RHB
Fomentar el empoderamiento del paciente afecto de Fractura de Cadera
Llevar a cabo educación al paciente y cuidadores

MÉTODO
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB
Quirófano específico de urgencias diferidas
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Sería deseable incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas
Sesión Clínica Hospitalaria informativa
Información a pacientes y cuidadores en talleres

INDICADORES
Días hasta cirugía de fractura de cadera < 2: (Estándar: 80%)
Análisis comparativo de mortalidad en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Análisis comparativo de complicaciones (morbilidad) en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Coordinación entre servicios implicados: elaboración e implantación vía clínica (Estándar: SÍ)
Análisis comparativo de estancias medias postimplantación de Proceso de Cadera 2018 versus estancias en 2016-2017
% Inicio de RHB a las 48h postcirugía (Estándar: 80%)
Nª de talleres realizados con cuidadores (Estándar: 3)

DURACIÓN
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB: primer semestre 2018
Quirófano específico de urgencias diferidas: primer semestre 2018
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde: primer semestre 2018
Incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas: 2018
Sesión Clínica Hospitalaria informativa: segundo semestre 2018
Información a pacientes y cuidadores en talleres: segundo semestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0673

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ILUNDAIN GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
GARCIA GARCIA BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha iniciado la oferta de consulta en Centro de especialidades Inocencio Jimenez con código ENDJDG. La responsable de la consulta es la Dra Ilundain.
Se han atendido un total de 8 pacientes y a fecha de corte de 31 de enero de 2019 el número de días hasta el primer hueco libre encontrado es de 7
2.- Se ha consensuado con pediatría la transición de cuidado entre pediatría y endocrinología
3.- Se han desarrollado los procedimientos de consentimiento informado
4.- Se han establecido los protocolos de actuación y circuitos de derivación de los pacientes entre las distintas especialidades implicadas, principalmente pediatría, psicología, urología y ginecología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha difundido la oferta asistencial de esta nueva prestación entre los profesionales del Servicio.
La adherencia al protocolo es del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta ha quedado implantada y es plenamente operativa

7. OBSERVACIONES.
Ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2018/673 ========== ***

Nº de registro: 0673

Título
GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Autores:
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, GARCIA GARCIA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según Instrucción de 16 de mayo de 2016 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la atención a personas transexuales debe ser coordinada en el sector III por el Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Debido a la complejidad de la asistencia y a la necesidad de involucrar a varios Servicios, puede ser conveniente la constitución de un equipo multidisciplinar que garantice la atención satisfactoria a estas personas.
En particular es necesaria una cuidadosa selección del momento de inicio y monitarización del tratamiento hormonal sustitutivo así como del tratamiento quirúrgico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0673

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar la calidad de la asistencia a personas con incongruencia de género mediante el diseño de un proceso asistencial adecuado a sus necesidades
2.- Facilitar el acceso a atención especializada multidisciplinar
3.- Reducir la variabilidad en el tratamiento hormonal de los sujetos para garantizar los mejores resultados fenotípicos, reduciendo los potenciales efectos secundarios
4.- Lograr una adecuada satisfacción de las personas con incongruencia de género con los resultados del tratamiento

MÉTODO
Actividades y oferta de Servicios

Población diana: Personas con una identidad de género percibida diferente de la que tienen asignada desde el nacimiento con una duración superior a los 6 meses. Puede o no ir acompañada de disforia y problemas de adaptación social. En el Servicio de Endocrinología se atenderían personas con edad igual o superior a los 14 años (antes de esa edad deberían haber sido evaluados en pediatría, con transferencia al Servicio de Endocrinología cuando cumplan los 14 años).

Actividades:
1.- Evaluación de jóvenes y adultos
1.1 El diagnóstico de incongruencia / disforia de género debería realizarse por profesionales de salud mental cualificados y con experiencia. Debe excluirse patología psiquiátrica acompañante
1.2 No debe realizarse tratamiento farmacológico antes del inicio de la pubertad, pero el niño puede haber adoptado un rol adecuado al sexo deseado para comprobar que mejora su calidad de vida
2.- Adolescentes
2.1 Se debe suprimir la pubertad tras su inicio, con análogos de GnRH
2.2 Se puede iniciar el tratamiento con hormonas sexuales a partir de los 16 años si persiste la indicación
2.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica periódica
3.- Adultos
3.1 Se debe dar tratamiento con hormonas sexuales si se confirman los criterios diagnósticos
3.2 Hay que descartar contraindicaciones al tratamiento con hormonas sexuales
3.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica a largo plazo, con cribado adecuado de cáncer genital
4.- Cirugia de reasignación sexual
4.1 Solo debe realizarse si un equipo multidisciplinar consensúa que es médicamente necesaria y que beneficiará al paciente
4.2 En general sólo debe hacerse a partir de los 18 años y tras información sobre opciones de fertilidad. Debe de haber habido tratamiento adecuado y satisfactorio durante más de 1 año con hormonas sexuales.

Oferta de Servicios: consulta monográfica en Servicio de E y N con evaluación y monitorización periódica de la suplencia hormonal. Derivación a otros especialistas necesarios.

INDICADORES
Adherencia al protocolo: personas que consultan por incongruencia de género atendidas según protocolo/total de personas derivadas por este motivo.
Estándar: >50%
Se realizará evaluación anual de la actividad.

DURACIÓN
Se prevé la consolidación del proceso asistencial 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 - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
BENITO ORMEÑO ANA MARIA
GARCIA GARCIA BLANCA
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cribado de DM durante el primer y tercer trimestre gestación si la paciente cumple criterios y universal en el segundo trimestre.
Derivación con diagnóstico confirmado a consulta monográfica, evaluación inicial; seguimiento hasta el parto y revisión postparto.
Educación diabetológica en la primera visita y control periódico en pacientes con glucemia dentro de objetivos
Revisión tras parto y lactancia con SOG 75 grs e informe a atención primaria con resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado todas las actividades según el standard marcado: se ha realizado cribado de DM del 100% de las gestantes, se han seguido el 100% de las gestantes derivadas en nuestras consultas, se ha evaluado al 12,2% postparto (este ítem precisa más tiempo para completar el 100%), de los recién nacidos han sido macrosomas el 6,6%. y de los recién nacidos el 8,9%(8/90) han tenido un peso <2500 grs (5/8 han sido prematuros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido un resultado satisfactorio para los objetivos pautados. Como proyectos pendientes serían: mejorar la relación con el servicio de obstetricia para realizar protocolos comunes y unificar criterios en situaciones especiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/704 ========== ***

Nº de registro: 0704

Título
PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Autores:
BLASCO LAMARCA YOLANDA, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, BENITO ORMEÑO ANA MARIA, GARCIA GARCIA BLANCA, ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La diabetes gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
La diabetes mellitus durante el embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones materno-fetales. Dada la necesidad de una monitorización estrecha de las pacientes, es preferible una coordinación efectiva entre los Servicios de Endocrinología y de Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Reducir la frecuencia de DMG no diagnosticada durante el embarazo, mediante un cribado adecuado de toda gestante. En caso de que no sea posible la realización del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG), se debe aplicar un tratamiento y control similar al de la paciente con DMG.
2.- Considerar la diabetes diagnosticada en el primer trimestre como diabetes previa a la gestación, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes.
3.- Consensuar con el servicio de Obstetricia la dieta indicada según el Índice de masa corporal (IMC) previo de la paciente para alcanzar unos resultados materno-fetales lo más favorables posibles.
4.- Integrar la actividad de educación diabetológica de la paciente con DMG en las funciones de las matronas, como pieza clave en el tratamiento, seguimiento y control de dichas pacientes. De este modo puede reducirse el número de visitas de la paciente con DMG a la consulta de endocrinología.

MÉTODO
Población diana: Pacientes con gestación confirmada
Actividades
1.- Cribado de DM durante el primer trimestre (mismos criterios que fuera de la gestación) cuando existan factores de riesgo. Dado que no hay uniformidad en las guías, durante una fase transitoria se contempla realizar simultáneamente medición de glucemia basal, HbA1c y test de O´Sullivan.
2.- Cribado de DMG durante el segundo trimestre. Toda paciente gestante debe ser sometida al cribado de DMG mediante el test de O'Sullivan. En aquellas pacientes con prueba positiva debe realizarse como confirmación el TTOG.
3.- Cribado de DMG durante el tercer trimestre:
- Gestantes no estudiadas previamente.
- Gestantes con cribado normal en segundo trimestre ante el desarrollo de polihidramnios o aumento de perímetro abdominal fetal. En estos casos se realizará directamente un TTGO.
4.- Derivación de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes durante el embarazo a consulta monográfica de endocrinología. Se realizará evaluación inicial, orientación terapéutica y planificación de control postparto. Se revisarán periódicamente las pacientes que no cumplan los objetivos glucémicos con medidas higiénico-dietéticas y sean tributarias de iniciar tratamiento farmacológico:
El tratamiento de elección es la insulina.
5.- Control por educadora o matrona tras la visita inicial. Se realizará educación dietética (dieta y ejercicio) e instrucción en la técnica de autoanálisis de glucemia y cetonuria. Se orientará sobre niveles de alerta por glucemia elevada. Ante niveles anormales se realizará derivación inmediata a consulta de endocrinología si la paciente no lleva tratamiento con insulina. Si la paciente ya está insulinizada el ajuste de dosis podrá realizarse por la educadora o matrona, pero se dispondrá de contacto estrecho con endocrinólogo para resolución de dudas.
La frecuencia de visitas será cada 1 ó 2 semanas según el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
6.- Seguimiento y control obstétrico similar al de la gestante sin DMG salvo complicaciones. Se realizará control glucémico intraparto mediante tratamiento con insulina IV si fuese necesario para mantener cifras idealmente entre 70 y 110 mg/dl.
7.- Entre las 4-12 semanas tras parto se debe realizar cribado de DM con TTOG de 75 gramos, evaluándose los resultados en consulta monográfica de endocrinología. Los resultados se informaran al médico de atención primaria.

INDICADORES
1.- Indicadores de proceso
Indicador 1: gestantes cribadas para presencia de DM pregestacional/total gestantes.
Estándar: 100%
Indicador 2: Gestantes cribadas para presencia de DM gestacional/total gestantes
Estándar: 100%
Indicador 3: Gestantes con DM gestacional seguidas en consulta conjunta de endocrinología y enfermería/total gestantes con DM gestacional.
Estándar: >90%
Indicador 4: Pacientes con evaluación de tolerancia a la glucosa posparto/total gestantes con DM gestacional.
Estándar: >50%
2.- Indicadores de resultados
Indicador 5: Porcentaje de recién nacidos grandes para edad gestacional (peso > p90)
Estándar: <10%
Indicador 6: Porcentaje de recién nacidos pequeños para edad gestacional (peso < p10)
Estándar: < 8%

DURACIÓN
El proceso se ha iniciado en el año 2018 y se prevé su mantenimiento de modo indefinido a largo plazo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ARENERE MENDOZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HORNA OREJA OIHANA
PASCUAL MARTIN OIHANA
COMET BERNAD MACARENA
FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU
ALVAREZ MANCEÑIDO FELIPE
JULIAN ANSON MARIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunión con el Servicio de Bioquímica (SB) para realizar una consulta predeterminada con el programa de MODULAB, que permita conocer qué pacientes hospitalizados, en las plantas con prescripción electrónica, tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal. (Mes de junio)
Se han realizado dos reuniones en el Servicio de Farmacia (SF). La primera en el mes de junio en la que se ha llevado a cabo el reparto de las siguientes tareas entre los integrantes del grupo:
1. Revisión bibliográfica de qué antimicrobianos (AM) son susceptibles de ajuste posológico (AP) en base a la función renal.
2. Revisión para la parametrización y estandarización de pesos en hombres y mujeres en el programa de prescripción electrónica utilizando la fórmula de Cockcroft-Gault.
3. Revisión del procedimiento de registro de Recomendaciones Farmacéuticas (RF).
Segunda reunión que se ha realizado en el mes de octubre:
1. Se ha parametrizado el programa de prescripción electrónica, en donde se han señalado los AM susceptibles de AP, se ha adaptado la fórmula de Cockcroft-Gault con los pesos estandarizados, se han creado unos textos asociados predefinidos para realizar las RF y se ha estandarizado la forma de registro de las RF.
2. Se ha elaborado un procedimiento por escrito de todo el circuito que ha servido como hoja de trabajo.
3. Se ha realizado por escrito el procedimiento de cálculo de los indicadores.
Se ha comenzado a trabajar en la práctica asistencial diaria en el mes de noviembre en las unidades de: Medicina interna A, Medicina interna B, Oncología, Aislamiento, Neurocirugía y Digestivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de insuficiencia renal crónica y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI).
Durante los meses de noviembre, diciembre (2018) y enero (2019) se ha realizado el trabajo de revisión de tratamientos. Se han revisado 81 tratamientos correspondientes a 72 pacientes. Se han realizado un total de 76 RF de las que 46 se han aceptado, 14 no se han aceptado y 16 no se han podido valorar (altas, finalizaciones-cambios de tratamiento).
3. % Tratamientos revisados de pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= tratamientos de pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
10,5%= (81/772)*100
4. % RF aceptadas = nº RF aceptadas /nº RF totales x 100
76,6% = (46/60)*100
5. % tratamientos con RF de los pacientes candidatos susceptibles de AP= nº de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM x 100
93,8% = (76/81)*100
Los AM que más frecuentemente se ha recomendado un AP ha sido:

PRINCIPIO ACTIVO	RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS	%
PIPERACILINA/TAZOBACTAM	24	31,58%
AMOXICILINA/CLAVULANICO	15	19,74%
MEROPENEM	8	10,53%
LEVOFLOXACINO	5	6,58%
AMIKACINA	3	3,95%
FLUCONAZOL	3	3,95%
SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM	3	3,95%
CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM	2	2,63%
TEICOPLANINA	2	2,63%
CEFTAROLINA	1	1,32%
AMPICILINA	1	1,32%
AZITROMICINA	1	1,32%
CASPOFUNGINA	1	1,32%
CEFTAZIDIMA	1	1,32%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

CEFTRIAXONA	1	1,32%
CEFUROXIMA AXETILO	1	1,32%
CIPROFLOXACINO	1	1,32%
GENTAMICINA	1	1,32%
IMIPENEM/CILASTATINA	1	1,32%
VANCOMICINA	1	1,32%
Total general	76	100,00%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La intervención incluida en el proyecto de mejora sobre las recomendaciones de AP por parte del SF, la valoramos como una actividad positiva que mejora la calidad de las prescripciones aumentando principalmente la seguridad de los tratamientos de los pacientes. Se puede observar que se trata de una intervención muy bien aceptada por los médicos prescriptores que en un 76,6% han modificado la posología de acuerdo a lo recomendado por el SF. También se observa que se trata de una recomendación útil, ya que el 93.8% de los pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido no tenían un ajuste posológico realizado por el facultativo.
Sería conveniente extender el proyecto al resto de unidades que tienen prescripción electrónica (Infecciosas, Medicina interna C y R, Hematología, Neumología, Cirugía)
Además, dichas recomendaciones se podrían parametrizar en el programa de prescripción electrónica para que salieran de una forma automática. Habría que consensuar con el PROA y el Servicio de Nefrología las recomendaciones de ajuste realizadas.

7. OBSERVACIONES.
Macarena Comet Bernad no figuraba en el equipo inicial, ya que ha sustituido a Isabel Puértolas Tena por su permiso de maternidad. Pedimos por favor, se cambie una persona por otra a la hora de emitir los correspondientes certificados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/980 ========== ***

Nº de registro: 0980

Título
IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Autores:
ARENERE MENDOZA MERCEDES, PUERTOLAS TENA ISABEL, HORNA OREJA OIHANA, PASCUAL MARTIN OIHANA, FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU, ALVAREZ MANCEÑIDO FELIPE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El manejo adecuado de los antimicrobianos (AM) en los centros hospitalarios es una actividad prioritaria impulsada por diferentes organizaciones a nivel Europeo, Nacional y Autonómico.
Una oportunidad de mejora detectada, es la individualización posológica de AM en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). La IRC se caracteriza por una pérdida progresiva de la tasa de filtrado glomerular (FG), que lleva a una incapacidad renal para realizar la función depurativa. Por esta razón, los pacientes con IRC, presentan cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos que se eliminan por esta vía, observándose una serie de modificaciones tanto en la intensidad y duración del efecto terapéutico, como un aumento de los efectos adversos. La estimación del FG es el mejor índice para evaluar la función renal, el cual puede medirse a través del aclaramiento de creatinina con la fórmula de Cockcroft-Gault, que es la recomendada para ajuste posológico (AP).
El Servicio de Farmacia (SF) tiene una posición estratégica y de responsabilidad a la hora de validar los tratamientos. De esta forma, las recomendaciones farmacéuticas (RF) en pacientes con tratamiento AM y función renal alterada, pueden ser de utilidad en el AP con una importante repercusión en la seguridad del manejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

estos tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar un sistema de RF de AP para los AM, en pacientes IRC, que estén ingresados en las plantas con prescripción electrónica del HCULB, con el objetivo final de mejorar la seguridad del manejo de estos medicamentos.
Las unidades con prescripción electrónica susceptibles de este tipo de intervención serían: medicina interna, A, B, C y R, infecciosas, oncología, hematología, digestivo, neurocirugía, cirugía A y aislamiento.
Pacientes con IRC. Se trataría de pacientes con valores de creatinina por encima del rango establecido por el Servicio de Bioquímica (SB).
Hombres: 0.7-1.2 mg/dl
Mujeres: 0.5-0.9 mg/dl

MÉTODO
Se realizará una reunión con el SB para estudiar la posibilidad de establecer una consulta predeterminada con el programa de MODULAB que permita conocer qué pacientes hospitalizados en las plantas con prescripción electrónica tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal.
Dentro del SF se realizarán dos reuniones en las que se llevarán propuestas, y una vez estudiadas y consensuadas se implantarán. En estas reuniones se tratarán los siguientes temas, en los que también se especifica el trabajo de campo:
1. Se analizará y determinará qué AM son susceptibles de AP en base a la función renal, y se parametrizarán en el programa de prescripción electrónica. Se revisará qué fuente se utilizará para realizar las RF.
2. Se analizará, determinará y parametrizará el peso estándar a incluir para hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault, debido a que con cierta frecuencia no es posible saber el peso del paciente.
3. Se crearán unos textos asociados predeterminados en el programa de prescripción electrónica, para estandarizar la forma de recomendar el AP.
4. Se desarrollará el procedimiento a seguir desde el Servicio de Farmacia para realizar las RF de AP en estos casos, así como el procedimiento para registrarlas.

INDICADORES
1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI/NO)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de IRC y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI/NO).
3. % Pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
4. % RF aceptadas = nº RF aceptadas /nº RF totales x 100
5. % Pacientes con RF = nº de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM x 100

DURACIÓN
Realización de la consulta en MODULAB. María Angel Julián Ansón. Mes de junio
Primera reunión en el SF. Mes de junio. Resto de integrantes del equipo.
Revisión bibliográfica de los AM susceptibles de AP y propuesta al grupo y elaboración de unas tablas de AP.
1. Revisión para parametrización, estandarización de pesos en hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault.
2. Revisión del procedimiento de registro de RF.
Segunda reunión del SF. Mes de septiembre. Mismos participantes que en le primera reunión
Parametrización de Farmatools, en donde se señalarán qué AM son susceptibles de AP cargando las RF de AP en base a los aclaramientos de creatinina, se adaptará la fórmula de Cockroft-Gault, se crearán los textos asociados predefinidos, y de registro de las RF.
Se elaborará por escrito un procedimiento de todo el circuito.
Comienzo del funcionamiento del proyecto en octubre.
En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos y se estudiará la viabilidad del proyecto de cara a la incorporación en la Cartera de Servicios del SF.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL
FELIX MARTIN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Definición de pacientes candidatos a la dispensación: se hizo en primer lugar una revisión de los pacientes que en el 2017 se les había dispensado medicación desde HCULB y cuyo domicilio estuviera en el área de influencia de Ejea de los Caballeros (CS Ejea, Tauste, Luna y Sádaba) 293 pacientes. Se acordó iniciar por los pacientes con psoriasis que reciben medicación desde HCULB y con domicilio en Ejea (14 pacientes).
Reunión con el Servicio de Dermatología para la puesta en común del proyecto.
Se realizó el procedimiento del circuito para la prescripción-distribución-dispensación y Atención farmacéutica a los pacientes seleccionados (introducción- normativa- objetivo- alcance-criterios de inclusión-criterios de exclusión, pasos del procedimiento- coordinación con personal del CASAR de Ejea), así como documentos para información al paciente y firma de inclusión en el proyecto y condiciones.
Reunión con la Dirección del hospital HCULB y de Ejea para aprobación de propuesta.
Reunión con empresa de transporte, fundamental en el proyecto, ya que mucha medicación de la incluida requiere condiciones de conservación de 2-8ºC. Boyaca, actualmente contratada por HCULB, no dispone de este tipo de contrato con HCULB, por lo que habría que tener uno nuevo, que asegurase la correcta conservación de la medicación hasta su entrega.
Asimismo, se tuvo otra reunión con una empresa que dispone de todo este servicio integrado (transporte, seguimiento, plataforma online,…).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una pre-selección de pacientes candidatos
Se ha realizado el procedimiento del circuito para la prescripción-distribución-dispensación y atención farmacéutica
Se ha realizado documentos de información al paciente para su conocimiento del proyecto y su inclusión.
Se han mantenido reuniones con la Dirección Médica y empresa de transporte.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha diseñado el circuito para la puesta en marcha del proyecto, a espera de que la empresa de transporte asegure el correcto transporte con su conservación de la medicación. El actual contrato que se mantiene con la misma no lo incluye, y sería un servicio extra con su coste.
Así mismo, en el mercado existen unas plataformas que facilitarían todo el circuito a implantar, y se está valorando tambien esta opción.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1020 ========== ***

Nº de registro: 1020

Título
COORDINACION ENTRE H CLINICO UNIVERSITARIO L.BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Autores:
GIMENO GRACIA MERCEDES, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL, FELIX MARTIN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no se selecciona a los pacientes por patología
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia dispensa medicamentos de uso hospitalario a pacientes no hospitalizados.
El arsenal terapéutico que habitualmente se suministra desde estas unidades se ha visto incrementado en los últimos años con la aparición de nuevos fármacos para tratar VIH, hepatitis B, hepatitis C, esclerosis múltiple, hormona de crecimiento, tratamientos onco-hematológicos y enfermedades inmunomediadas entre otros.
El incremento de nuevos fármacos junto con la cronicidad de determinadas enfermedades ha provocado un incremento de actividad en esta área. El número medio de pacientes atendidos al día, se ha incrementado de 57 pacientes en el año 2009 a 100 pacientes en el 2017. En global, se ha pasado de atender 2927 pacientes al año 2009 a 4252 en el 2017.
En la atención farmacéutica desarrollada en la Unidad de Pacientes Externos, el farmacéutico asume la responsabilidad de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y responde de este compromiso ante el propio paciente, su familia, el equipo multidisciplinar y la sociedad. El farmacéutico debe garantizar que el paciente use los medicamentos de forma correcta, racional y responsable, con el fin de alcanzar los resultados terapéuticos planeados con el mínimo riesgo de reacciones adversas.
La atención farmacéutica a los pacientes externos se ha convertido en una actividad muy importante en los servicios de farmacia hospitalarios debido tanto a la repercusión asistencial (asegurar el buen uso de los medicamentos), como al gran impacto económico que representa; además de cumplir el derecho del paciente a la atención farmacéutica personalizada e información sobre medicamentos. Esta actividad permite una mejor integración del farmacéutico en el equipo asistencial, ofreciendo una atención multidisciplinar al paciente y finalmente, hace posible una mayor implicación en el tratamiento y participación de los resultados clínicos, desarrollando técnicas de educación sanitaria.
El sector III tiene una gran población de ámbito rural, en concreto en el año 2017, 163 pacientes pertenecían al Centro de Salud (CS) de Ejea, 83 al CS de Tauste y 44 al CS de Sádaba, que se tienen que desplazar a Zaragoza para determinadas consultas con facultativos especialistas, porque no disponen de ellas en el Hospital de Ejea, por lo que en pacientes crónicos, con enfermedad estable, adherentes al tratamiento, con consultas médicas distanciadas se podrían beneficiar de alternar la dispensación y la atención farmacéutica recibida en HCU con la dispensación en el Centro Médico de Especialidades de Ejea y atención farmacéutica a distancia.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene como objetivo evitar desplazamientos de los pacientes con determinados tratamientos crónicos, entre las consultas con el especialista, sin disminuir la atención farmacéutica recibida.

MÉTODO
Definir qué tipo de pacientes se pueden incluir en el proyecto y realizar la selección de pacientes candidatos a participar
Realización de documento de compromiso del paciente al proyecto, el cual tras su explicación y firmará para adherirse al mismo.
Información del tipo de transporte para asegurar condiciones de conservación de la medicación durante su transporte.
Reunión con el Hospital de Ejea para planificar circuito, días de transporte, dispensación por la auxiliar, firma de paciente de recogida, notificación al HCU de la recogida.
Definición del procedimiento de coordinación entre el Servicio de Farmacia de HCU y el Hospital de Ejea

INDICADORES
Disponer del procedimiento de actuación para la dispensación de medicamentos de uso hospitalario y atención farmacéutica a determinados pacientes al Hospital de Ejea.

DURACIÓN
Pre-Selección de pacientes- Mercedes Gimeno Gracia
Definición del transporte de medicamentos y aseguramiento de control de temperaturas- Tránsito Salvador Gómez
Desarrollo del procedimiento a llevar a cabo – circuito: Alberto Apesteguía y Puerto Pardo
Diseño de documento de compromiso del paciente con el proyecto. Jose Manuel Vinuesa
Preparación de paquetes a enviar a Ejea y recepción/control de recogidas del paciente en Ejea.- Pilar Félix

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RODRIGUEZ ANGELES
FERRANDO QUINTIN MARIBEL
ANADON SANZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicio de la consulta de enfermeria en Noviembre 2017. Acciones realizadas inicio tratamiento anticoagulante con AVK (educacion sanitaria), control ACOD (revisión analitica, educacion sanitaria y adherencia)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo del 2018 han sido revisados en Consulta de Hemostasia de ENFERMERIA 590 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Objetivo alcanzado de instauración de la consulta. Objetivos proximos analizar los datos de derivacion a AP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/907 ========== ***

Nº de registro: 0907

Título
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, PALOMERA BERNAL LUIS, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL, ANADON SANZ ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población1,2. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años3.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%4, 5, 6, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%6. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64%7 y porcentajes de INRs en rango de entre el 44%6 y el 59%7. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos8.
En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS
1.Información al paciente anticoagulado
2.Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3.Check-list cumplimiento terapeútico
4.Fomentar la adherencia
5.Educacion sanitaria
6.Manejo perioperatorio

MÉTODO
1.Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2.Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapeútico
3.Reforzar la educación sanitaria

INDICADORES
Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes derivados a atención primaria

DURACIÓN
Anual

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO QUINTIN MARIBEL
GRACIA RODRIGUEZ ANGELES
ANADON SANZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Instauración y desarrollo a lo largo del 2018 de la consulta de Hemostasia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han controlado en la consulta de Hemostasia 550 pacientes, en la que se han incluido inicios de tratamiento anticoagulante con AVK y ACOD, formación de los pacientes en anticoagulación, seguimiento de los ACOD y autocontrol

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena acogida de la consulta de enfermería por parte de los pacientes
Accesibilidad a la misma por parte de los pacientes
Imprescindible para fomentar la educación de los pacientes asi como la adherencia al tratamiento anticoagulante

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/907 ========== ***

Nº de registro: 0907

Título
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, PALOMERA BERNAL LUIS, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL, ANADON SANZ ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población1,2. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años3.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%4, 5, 6, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%6. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64%7 y porcentajes de INRs en rango de entre el 44%6 y el 59%7. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos8.
En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS
1.Información al paciente anticoagulado
2.Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3.Check-list cumplimiento terapeútico
4.Fomentar la adherencia
5.Educacion sanitaria
6.Manejo perioperatorio

MÉTODO
1.Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2.Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapeútico
3.Reforzar la educación sanitaria

INDICADORES
Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes derivados a atención primaria

DURACIÓN
Anual

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS MARTINEZ LOSTAO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INDA LANDALUCE MERCEDES
GARCIA CENZANO CRISTINA
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
SEGURA ARAZURI NIEVES
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
COLAS SANZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acciones conjuntas del Sº de Inmunología y Sº de Alergología:
-Se han mantenido reuniones 3 reuniones (27/09/18, 18/10/18 y 09/11/18) entre los integrantes del Equipo de Mejora para planificar las acciones a realizar.
Actividades realizadas en el Sº de Inmunología:
-Se han registrado todas las peticiones de la prueba Phadiatop Infant (PI) solicitadas a pacientes pediátricos desde Atención Primaria (AP) del Sector III desde el 12/11/18.
-Ante un resultado positivo de dicha prueba se ha incluido una nota informativa en el informe de resultados indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alérgenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (Sº de Alergia, HCU).
-Los sueros con resultados se han guardado a -20ºC (se guardarán durante 1 año).
-Ante un resultado negativo de dicha prueba, se ha incluido una nota informativa en el informe de resultados indicando al FEA solicitante que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en esta prueba.
-Los sueros negativos han guardado a -20ºC (se conservarán 6 meses).
-Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, se ha ampliado el estudio de alergia aquellos pacientes que el FEA del Sº de Alergología ha considerado necesarios.
2- En AP del Sector III (en coordinación con el Sº de Pediatría):
-Los Pediatras han solicitado la prueba PI en aquellos pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico cuando lo han considerado oportuno.
-A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra ha solicitado consulta en Atención Especializada (Sº Alergia) para la valoración del paciente.
3- En el Servicio de Alergia:
-Se han registrado las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.
-Se han citado a consulta a dichos pacientes y tras valorar su clínica alérgica, el FEA del Sª de Alergología ha solicitado, si procede, la ampliación del estudio de alergia al Sº de Inmunología con lo alérgenos que ha considerado necesarios.
Se ha realizado una sesión (22/11/18) para comunicar a los FEA de AP la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba que iba a suponer la puesta en marcha del presente Proyecto de Mejora. Están previstas 2 sesiones más el 14/03/19 y el 16/05/19 con los FEA de AP en las que explicará las acciones realizadas hasta el momento y los resultados obtenidos.
También se ha realizado una reunión del Equipo de Mejora (20/12/18) en la que se han valorado las acciones realizadas hasta ese momento y los resultados iniciales obtenidos. Está prevista llevar a cabo una nueva reunión en la segunda quincena de marzo.
Los resultados obtenidos se explican a continuación en el Apartado 6.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
En el presente Proyecto de Mejora se establecieron 2 indicadores:
1- Nº de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al Sº de Alergología.
2- Nº de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.
El estándar propuesto fue el de una reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).
Desde la puesta en marcha del Proyecto (12/11/18) hasta el momento de escribir la presente memoria (25/02/19) se han registrado 100 peticiones de la prueba PI en pacientes =14 años en el Sector III de las cuales 50 han sido positivas (49,5%). En el año 2017 (año completo tomado como referencia antes de iniciar el Proyecto de Mejora), se realizaron 335 determinaciones de la prueba PI siendo 154 positivas (45,9%). Dado que el Proyecto de Mejora lleva algo más de 3 meses, la tendencia en la cantidad de pruebas PI solicitadas (y el porcentaje de PI positivos) es similar a lo registrado en el 2017.
De los 50 pacientes con resultado positivo se ha realizado consulta desde AP a Atención Especializada (Sº Alergología) para 38 de ellos lo que supone un 76% del total. Teniendo en cuenta que para 8 pacientes el FEA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

de AP aún ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, se ha realizado la consulta desde AP al Sº de Alergología en 38 de los 42 pacientes de en los que sí se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI lo que supone que en un 90,5% de los pacientes para los cuales el FEA de AP ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, dicho FEA ha realizado una consulta con Atención Especializada (Sº de Alergología).
La ampliación sistemática del estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI que se realizaba antes de este Proyecto de Mejora hubiera supuesto la realización del estudio de 15 alérgenos/paciente, esto es, el estudio de 750 alérgenos (15 alérgenos/paciente x 50 pacientes). Hasta el momento se ha llevado a cabo la ampliación dirigida del estudio de alergia tras realizar consulta con el Sº de Alergología en 6 pacientes realizando un total de 39 determinaciones (media determinaciones/paciente = 6,5±3,6). Esto supone un 5,2% del total de las 750 determinaciones que se hubieran realizado antes del Proyecto de Mejora. Por lo tanto, se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI un 94,8% de las pruebas de alergia. Si sólo tenemos en cuenta los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, la reducción es del 93,8% (39 pruebas realizadas de 630 potenciales determinaciones).
Mientras que antes se ampliaba el estudio de alergia sistemáticamente en el 100% de los PI positivos, tras la puesta en marcha del Proyecto de Mejora, se ha realizado dicha ampliación en el 12% de las peticiones (14,3% si se tiene en cuenta sólo las peticiones de los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo).
Por otra parte, mientras que el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones de IgE específica frente a los alérgenos que se realizaban en la ampliación sistemática previa al Proyecto de Mejora era de un 31,8% en el 2017 (año completo tomado como referencia antes de iniciar el Proyecto de Mejora), el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones solicitadas tras la ampliación dirigida del estudio de alergia puesta en marcha en el Proyecto de Mejora se ha incrementado hasta el 48,7%.
Por último, la reducción del número de determinaciones realizadas en un más de un 90% ha supuesto una reducción en el gasto realizado. El precio actual de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un PI positivo según el concurso vigente es de 94,48€ con un precio medio por alérgeno de 6,30€. Teniendo en cuenta estos datos, el número de pruebas que se han dejado de hacer, así como el número de pruebas que se han realizado tras la ampliación dirigida tras consulta con el Sº de Alergología, se ha reducido el gasto en 4478,20€ (en 3722,38€ considerando los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI).
Las fuentes de obtención de los datos empleadas para la elaboración de los resultados expuestos han sido los registros que han realizado en el Sº de Alergología y de Inmunología y el sistema informático de gestión de laboratorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos en el periodo de tiempo que lleva en marcha el presente Proyecto, la valoración del Equipo de Mejora es muy satisfactoria. Las actividades propuestas y que se han realizado (sesión formativa y de comunicación del Plan de Mejora con los FEA de AP, emisión de la nota informativa en el informe de resultados, ampliación dirigida del estudio de alergias tras consulta con Atención Especializada) han sido las adecuadas ya que los resultados obtenidos en los indicadores de calidad propuestos para el seguimiento de este Proyecto han sido realmente óptimos. En este sentido cabe destacar la gran implicación de los facultativos de AP ya que el 90,5% de los FEA de AP (38 de 42) que han visualizado el resultado positivo de la prueba PI han realizado una consulta con Atención Especializada. Por otra parte, teniendo en cuenta los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, se han dejado de realizar un 94,8% de las pruebas de alergia que se hacían antes de las puesta en marcha de este Proyecto lo que está por encima no sólo del estándar propuesto para el indicador 2 (50%) sino también de su límite superior propuesto (65%). Esto ha supuesto un ahorro en la determinación de las pruebas de alergia de 3722,28€.
Antes de la puesta en marcha del presente Proyecto, se habían detectado algunos errores en el diagnóstico y con ello en el manejo terapéutico en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. En este sentido, el porcentaje de resultados positivos en las en las pruebas de alergia que se realizaban en la ampliación sistemática previa al Proyecto de Mejora era de un 31,8% en el 2017 mientras tras la ampliación dirigida del estudio de alergia puesta en marcha con este Proyecto el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones solicitadas se ha incrementado hasta el 48,7%. Aunque pueden ser diversos los factores que hayan contribuido a este incremento, uno de ellos puede ser que la ampliación dirigida del estudio de alergia solicitada por un FEA de Atención Especializada en función de la clínica observada tras realizar la consulta del paciente con un resultado positivo de la prueba PI está mejor orientada que la ampliación sistemática que se realizaba previamente a la puesta de este Proyecto. En este sentido, el presente Proyecto está en completa sintonía con las recomendaciones actuales de las distintas Sociedades Científicas de Especialidades de Laboratorio en relación a la adecuación de la demanda analítica a las necesidades clínicas
Por todo ello, todos estos resultados son claros indicadores no sólo de la sostenibilidad de este Proyecto sino también de sus posibilidades de replicación y de expansión al resto de Sectores sanitarios de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1402 ========== ***

Nº de registro: 1402

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Autores:
MARTINEZ LOSTAO LUIS, INDA LANDALUCE MERCEDES, GARCIA CENZANO CRISTINA, SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, SEGURA ARAZURI NIEVES, GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Phadiatop Infant® (PI) es una prueba de cribado de enfermedad alérgica usada en Pediatría de Atención Primaria (AP) que detecta IgE específica frente a una mezcla de los aeroalérgenos y alergenos alimentarios que originan con más frecuencia enfermedad alérgica en <5 años. Sin embargo, PI no contiene alérgenos muy frecuentes en nuestra área (polen de cupresáceas, salsola, LTP, algunos epitelios de animales, etc). En la actualidad, ante un resultado Positivo de esta prueba en el Sº de Inmunología se amplía sistemáticamente el estudio de alergia frente a 15 de los alérgenos inhalantes y alimentarios más frecuentes. Se han detectado algunos errores en el diagnóstico y tratamiento en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. Además, esta ampliación sistemática supone un inapropiado uso de los recursos. En 2017 se realizaron 335 pruebas de cribado en <14 años en el Sector III siendo positivas 154 (45,9%) suponiendo un gasto de 14.549€

RESULTADOS ESPERADOS
-Evitar la toma de decisiones inadecuadas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos debía a la ampliación de dicha prueba.
- Racionalizar el gasto actual derivado de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un resultado positivo de esta prueba.
- Advertir que un resultado negativo de esta prueba no excluye la sensibilización del paciente a otros alérgenos no incluidos en la misma.
Población diana: población pediátrica del Sector III.
Servicios implicados: Alergia, Pediatría e Inmunología del HCU.

MÉTODO
1- En el Sº de Inmunología:
- Se registrarán las peticiones de la prueba PI solicitadas a pacientes pediátricos desde AP del Sector III.
- Ante un resultado positivo de dicha prueba, no se realizará la ampliación del estudio y en su lugar, se conservará el suero positivo a -20ºC durante 1 año (los sueros negativos se conservarán 6 meses).
- En el informe de los resultados se incluirá una nota informativa indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alergenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (Sº de Alergia, HCU).
-Ante un resultado negativo de dicha prueba, se advertirá que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en ésta.
- Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, si el FEA de Alergia lo considera necesario, se ampliará el estudio de alergia a los alérgenos solicitados.
2- En AP del Sector III (en coordinación con el Sº de Pediatría):
- En pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico, si el Pediatra lo considera necesario, podrá solicitar la prueba PI.
- A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra solicitará consulta en Atención Especializada (Sº Alergia) para la valoración del paciente.
3- En el Servicio de Alergia:
- Se registrarán las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.
- Se citará a consulta a dichos pacientes y valorará su clínica alérgica.
- Posteriormente, el FEA solicitará, si procede, el estudio frente a los alérgenos que considere necesarios indicando en la petición que es una ampliación del estudio en una muestra previamente positiva en el cribado.

Se realizarán sesiones de formación con los FEA de AP explicando la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba.
Se realizarán reuniones trimestrales de los componentes del equipo para valorar las acciones realizados y los resultados obtenidos.
Este proyecto supone un cambio en la oferta de servicios del Sº de Inmunología al dejar de ampliar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

sistemáticamente el estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI realizando el estudio sólo de los alérgenos solicitados por el FEA de Alergia tras valorar al paciente.
Los recursos materiales que se emplearán son de los que se dispone actualmente para el estudio de alergia.

INDICADORES
- Nº de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al Sº de Alergia.
- Nº de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.
Fuentes: Registros que realizarán en el Sº de Alergia y de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios.
Estándar: reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).

DURACIÓN
Duración: 1 año (del 01-10-18 al 30-09-19).
Se realizarán reuniones trimestrales entre los responsables para valorar la implementación de las acciones y los indicadores descritos.
Responsables: Dra. Sobrevía (Pediatría), Dr. Martinez-Lostao (Inmunología) y Dr. Colás (Alergia).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA SERRANO BARCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
PEREZ CIRES ALVARO
ACHA AIBAR BEATRIZ
INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION
SANTAMARIA MORENO LUCIA
MARQUESAN CELAYA YOLANDA
MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se estableció por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital un calendario de sesiones de reuniones de "acogida" para personal de enfermería y de TCAE del sector III
1ª sesión: 29 mayo de 2018
2ª sesión: 30 mayo 2018
3ª sesión: 7 junio 2018
4ª sesión: 21 junio 2018
A cada uno de los profesionales que acudieron a la reunión, previamente se les había informado desde el Servicio de Personal, la necesidad de responder a un cuestionario básico de salud y acceder al manual de acogida de Prevención de Riegos Laborales del Sector III. Lo podían descargar desde un enlace habilitado para ello (extranet) y posteriormente lo depositarían en el Servicio de Riesgos Laborales (planta 8º) del HCU preservando en todo momento la confidencialidad de datos.
El personal sanitario del Servicio de Prevención valoró el cuestionario de salud para determinar la patitud a los puestos de trabajo. En caso de detectar algún trabajador especialmente sensible, se procedió a la realización de un informe médico de las limitaciones y así poder ofrecer un puesto acorde a las mismas.
Posteriormente, en las reuniones de acogida se impartió una Formación sobre Riesgos Laborales en sus puestos de trabajo, así como las medidas preventivas a adoptar.
En esa misma reunión a aquellas personas que no había constancia de haberse realizado una Vigilancia de Salud específica para los riesgos inherentes de los puesto de trabajo de nuestro Sector, se les entregó de forma individual unos volantes de analíticas y la citación completar el reconocimiento médico inicial obteniendo un informe de aptitud para su puesto de trabajo.
Antes de finalizar la reunión los participantes rellenaron un cuestionario donde se valoraba la satisfacción tanto de la gestión realizada desde el Servicio de Prevención como de la formación recibida en materia de Riesgos Laborales.
Todo esto se realizó incluyendo la formación de acogida del personal de Dirección en menos de una hora el día de la sesión de acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron 255 profesionales (Enfermeros y TCAE) a las reuniones acogida.
Al 100% se les formó en materia inicial de Prevención de Riesgos Laborales.
En materia de Vigilancia de la Salud, un 97,64 % entregaron el cuestionario de valoración inicial de salud. A un 63,92 % se les entrego volante de analíticas y cita para resultados. Un 36,08 % tenía realizada un examen de salud previo. Un 87,11% se realizaron la analítica, y el 92,95 % acudieron a la citación para completar el reconocimiento médico de inicio.
INDICADORES:
El grado satisfacción sobre la valoración inicial de salud realizada por el Servicio de Prevención fue de un 89,16%.
El grado de satisfacción sobre la Formación recibida en materia de Prevención de Riesgos Laborales fue coincidentemente también de un 89,16% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los datos reflejan un porcentaje superior al objetivo que se había propuesto alcanzar, valores de grado de satisfacción superiores al 80%, tanto en la gestión de la consulta como de la formación recibida por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
Podemos concluir que el porcentaje de trabajadores que han realizado del examen de salud ha sido elevado, lo que demuestra el interés por parte del trabajador para conocer su estado de salud, los riesgos inherentes a su puesto de trabajo y las medidas preventivas que puede adoptar en nuestro sector. A su vez este el momento oportuno para realizar actividades de promoción de la salud, basándose fundamentalmente en la prevención primaria.
Es fundamental poder realizar éstas sesiones en el menor plazo de tiempo posible con la mayor eficacia, dado que ha sido uno de los ítems mejor valorados en las encuestas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

7. OBSERVACIONES.
Se ha valorado muy positivamente la transparencia, la confidencialidad, los conocimientos en materia de prevención, el estado individual de salud, la adaptación del puesto de trabajo en caso de ser necesario y, por tanto, la eficacia de esta intervención. Esto no podría haber sido posible sin la coordinación con otros servicios implicados (personal, dirección, informática...), que gracias a esta multidisciplinariedad y trabajo en equipo ha facilitado la superar el objetivo propuesto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/725 ========== ***

Nº de registro: 0725

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCOPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
SERRANO BARCOS LAURA, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, PEREZ CIRES ALVARO, ACHA AIBAR BEATRIZ, INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION, SANTAMARIA MORENO LUCIA, MARQUESAN CELAYA YOLANDA, MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: accidentes y enferemrdades Profesionales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Formación en Prevención de Riesgos Laborales
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Al amparo del artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, se especifica la obligatoriedad de impartir formación específica de prevención de riesgos laborales al inicio de las tareas en cada puesto de trabajo. Actualmente en nuestro sector tenemos una contratación estimada de 4000 trabajadores nuevos. Es una prioridad el poder dar cumplimiento a ésta ley, para evitar lesiones, accidentes o enfermedades profesionales en el lugar de trabajo. A su vez es obligado por parte del empresario la realización de reconocimientos médicos iniciales (art.22 Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995) y protección de trabajadores especialmente sensibles (trabajadores con patología, discapacidad o embarazadas - lactantes) adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias (art. 25 y 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995)

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar en un sólo acto la formación, información, reconocimiento médico y adaptación de puesto de trabajo si procede de todo el personal de nueva contratación del Sector Zaragoza III. Esto va dirigido a todas las categorías profesionales de nueva contratación.

MÉTODO
Se van a realizar varias sesiones de reuniones de "acogida" a las distintas categorías profesionales de nueva contratación. Inicialmente se procede a realizar a cada uno de los profesionales un cuestionario básico de salud. Seguidamente se impartirá una formación fundamental de Prevención de Riesgos Laborales de nuestro Sector, adaptado a nuestras necesidades y métodos de actuación propios de nuestro Sector. A continuación, se les facilitará volantes de analíticas individualizados con citación posterior para resultados médicos. En caso de detectar un personal especialmente sensible, se procederá de inmediato a realización de informe médico de limitaciones para su incorporación a puestos acordes a las mismas

INDICADORES
Encuesta de satisfacción de acogida.

Evaluación: cuestionario de inicio y tras recibir la formación de los conceptos generales y así poder valorar su correcta adquisición. Se pretende alcanzar valores superiores al 80% de satisfacción con la gestión realizada de la consulta.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

De mayo a octubre.
1ª sesión 29/5/18
2ª sesión 30/5/18
3ª sesión 7/6/18
4ª sesión: 21/6/18
el resto de sesiones se irán agrupando las distintas categorías profesionales para realizar lo mismo.

OBSERVACIONES
Se trabaja conjuntamente con los servicios de personal (contratación) y con las Direcciones de cada categoría profesional siendo un equipo multidisciplinar.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0740

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION INGLES GARCIA DE LA CALERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO BARCOS LAURA
ZUECO GARCIA ELENA
MARQUESAN CELAYA YOLANDA
CASTEJON HERRER MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han consensuado y obtenido los datos de la plantilla de trabajadores del sector 3 de los últimos 5 años (2014-2018), eligiendo siempre a fecha del 30 de noviembre.
- Se han realizado las modificaciones de dichas plantillas, unificando puestos de trabajo, servicios, categorías, intervalos de edad, para obtener datos estadísticamente significativos.
- Se han establecido unas normas por escrito de modificación de dichas plantillas para que los datos sean concordantes todos los años.
- Se han extraído los accidentes de trabajo desde 2014-2018, eligiendo los ítems a estudiar, buscando los datos que faltan de manera individual y formateando puestos y categorías de manera similar a los de las plantillas.
- Determinación de los datos a incluir en la Base de ausencias por motivos de salud, en los que se incluye la IT por enfermedad común, por contingencias profesionales, ausencia de días sueltos por enfermedad y suspensiones de contrato por riesgo para embarazo y lactancia. Formatear los datos para que coincidan con las categorías, puestos, etc con los datos de las plantillas.
- Extracción de los datos de solicitudes de cambio o adaptación de puesto de trabajo por motivos de salud, formateando categorías y puestos de manera similar a las plantillas,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha incluido personal administrativo de personal en el proyecto, implicado en la obtención adecuada de las plantillas y la base de ausencias por motivos de salud.
- Se han obtenido y formateado las bases de datos para poder llevar a cabo el estudio estadístico.
- Los resultados estarán disponibles a principios de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estarán disponibles a principios de 2020.

7. OBSERVACIONES.
- Es necesario incluir entre los integrantes del equipo de mejora y que quede así registrado oficialmente a Mª Jesús Castejón Herrer, personal administrativo que se ha incorporado desde la sección de Nóminas de Personal.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/740 ========== ***

Nº de registro: 0740

Título
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Autores:
INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION, SERRANO BARCOS LAURA, ZUECO GARCIA ELENA, MARQUESAN CELAYA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones de la salud global.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0740

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Otro tipo Objetivos: Mejora de la salud laboral de los trabajadores del sector.

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

PROBLEMA
La edad media de la plantilla del sector 3 es actualmente de 48 años. En nuestra plantilla, el 53% tiene más de 50 años. La edad de los trabajadores influye en múltiples aspectos de nuestro trabajo como sanitarios, ya que la edad se relaciona directamente con la aparición de problemas de salud, la merma en las capacidades físicas y mentales, las alteraciones del sueño y otras.
Ello puede ser la causa que incrementa las solicitudes de cambio de puesto por motivos de salud, el absentismo por enfermedad común, la accidentalidad, etc.
Es necesario que se buscar e implantar medidas preventivas para que los trabajadores lleguen en mejores condiciones a edades avanzadas, así como cuantificar adecuadamente las limitaciones y necesidades reales de los trabajadores de mayor edad.

RESULTADOS ESPERADOS
• Cuantificar la relación entre la edad y los daños a la salud de nuestra población trabajadora.
• Proponer medidas de mejora en las condiciones de trabajo, de promoción de la salud y de adecuación de ratios de trabajadores.

MÉTODO
• Estudio anual y retrospectivo de:
o Absentismo en relación a la edad.
o Accidentalidad en relación a la edad.
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica a los trabajadores mayores de 50 años.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos.

INDICADORES
• Estudio anual de:
o Absentismo en relación a la edad. Realizado
o Accidentalidad en relación a la edad. Realizado
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad. Realizado
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica para los trabajadores mayores de 50 años. Realizado.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Realizado.

DURACIÓN
Duración: 1 año y medio.
• Estudio anual y retrospectivo de: Enero 2019 y 2020.
o Absentismo en relación a la edad.
o Accidentalidad en relación a la edad.
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud a mayores de 50 años. Abril 2019.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Febrero 2020.

OBSERVACIONES
Este proyecto servirá de base para subsiguientes proyectos.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANCHEZ DONOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MILLAN TARATIEL PAULA
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
BARCELO CASTELLO MIREIA
JIMENEZ RIOS MARIA
MORA RANGIL PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes críticos requieren un elevado nivel de cuidados interrumpidos cuando pasan a planta. Presentan características potencialmente graves que pueden motivar prolongar su estancia hospitalaria, reingreso en UCI o su muerte. La hospitalización debe ser entendida como un continuo antes y después de UCI.
Durante el año 2018 se identificó al alta a pacientes con factores riesgo (FR) para reingresar en UCI o fallecer en planta. Se realizó su seguimiento durante la primera semana, los días laborables en el turno de mañana, mediante revisión en Intranet de datos relevantes que orientasen la evolución y visita en planta para modificar o ajustar tratamiento si procedía, previa información y puesta en contacto con su médico responsable. Se cumplimentó una plantilla por paciente en seguimiento.
Actuaciones llevadas a cabo en el momento de ser dados de alta: Registrar en el informe alta (IA) los factores de riesgo de los pacientes, fecha de colocación de catéter venoso central (CVC), fecha de instauración de antibióticos (AB) y fecha estimada de retirada (cuando ello era posible).
Actuaciones llevadas a cabo en el seguimiento del paciente: Confirmación de la estabilidad del paciente sin precisar otra actuación, participación en decisión de LTSV, reorientación diagnóstica, intensificación o ajuste de las medidas terapéuticas, seguimiento estrecho de su evolución y detección de evolución desfavorable planteando reingreso en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Nº de pacientes dados de alta a planta de UCI-Q (no cuentan los exitus ni los traslados a otro hospital) en el periodo del 1-1-2018 al 30-12-2018: 337 pacientes.
• Nº de pacientes dados de alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en el proyecto: 139 (41% del total)
Nº de pacientes que han sido seguidos en planta de los que presentan factores de riesgo: 130 (93%) El objetivo era > 85%
• Nº de pacientes dados de alta a planta con CVC: 109
Nº de informes en los que consta la fecha de inserción del catéter: 95
Indicador: 95/109 x 100: 87%. El objetivo era > 90%
• Nº de pacientes dados de alta a planta con AB amplio espectro: 54 (36,5% del total de pacientes en seguimiento)
Nº IA UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento AB amplio espectro: 49
Indicador: 49/54 x 100: 90,7%. El objetivo era >90%
• Nº de informes en los que consta la fecha de inicio de AB: 75 (50,7% del total)
Nº total de IA con AB: 82
Indicador: 75/82 x 100: 91%. El objetivo era > 90%
La duración prevista de AB se reflejó en el 13,7% de los pacientes en seguimiento y no se dejó constancia de ello en el IA en el 16,5%. En un 44,6% de IA no procedía hacerlo porque no llevaban AB al alta y en un 25,2% se consideró no posible estimar la duración de la antibioterapia principalmente por persistencia de focos no drenables o resultados microbiológicos pendientes.
• Nº de actuaciones llevadas a cabo:
1. De los 130 pacientes, 88 (el 59,5%) permanecieron estables.
2. En 3 pacientes (2%) se decidió Limitación de las terapias de soporte vital (LTSV).
3. En 1 paciente (0,7%) se procedió a reorientación diagnóstica.
4. En 24 pacientes (16,2%) se realizó ajuste del tratamiento.
5. En 15 pacientes (10,1%) se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta.
6. 8 pacientes (5,4%) requirieron reingreso precoz en UCI.

La mayoría de pacientes seguidos en planta permanecieron estables sin precisar ninguna actuación. En casi una quinta parte se realizó ajuste tratamiento, que principalmente consistió en recomendar la retirada de CVC innecesarios recordando el riesgo de mantener dichos dispositivos.
• Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos
Indicador: 6/8 x 100: 75%. El objetivo era >80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un gran porcentaje de pacientes de UCI presentan al alta factores de riesgo que los hacen susceptibles de complicaciones, fallecimiento en planta o reingreso, siendo el más frecuente el ser portadores de un CVC. En un alto porcentaje de IA se reflejó la fecha de colocación del CVC, dato importante a tener en cuenta para prevenir una posible bacteriemia asociada. No obstante, no fuimos capaces de alcanzar, por muy poco, el objetivo planteado de más del 90% de IA reflejando dicho dato (nos quedamos en un 87%).
- La mitad de los pacientes seguidos llevaban antibioterapia al alta y en más de un tercio ésta era de amplio espectro. En la mayoría de IA constaba la fecha de inicio de antibioterapia, facilitando a otros facultativos una mayor optimización y uso adecuado de los mismos.
- Recomendar/insistir en una retirada precoz de los CVC y la antibioterapia, si es posible, es clave para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Sólo en 3 pacientes se realizó LTSV, cuya práctica no es tan habitual fuera de las UCIs pese a que está bien definida y forma parte de la buena práctica clínica. Es posible que ello se deba a desconocimiento de la misma y miedo a repercusiones legales por parte de los profesionales sanitarios.
- Mediante el proyecto se detectaron casi todos los reingresos sin llegar al objetivo propuesto quizá porque el seguimiento se realizaba sólo por las mañanas y días laborables (y sabemos que los pacientes se deterioran más cuando hay menos facultativos en el hospital que puedan atenderlos, es decir, tardes y festivos fundamentalmente).
- Para cualquier proyecto que pretenda mejorar la calidad de los servicios de salud, es necesaria una monitorización estrecha, motivación continuada y tiempo para lograr los objetivos planteados. A veces, esto no es posible por la propia carga asistencial a que están sometidos los profesionales.
- Como proyecto de continuación de la UCI sin paredes hemos podido acompañar al paciente en su “paso” a planta en esos primeros días de mayor incertidumbre para ellos y sus familias percibiendo la satisfacción de los mismos y la propia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/769 ========== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Autores:
SANCHEZ DONOSO NURIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, MILLAN TARATIEL PAULA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, SANCHO VAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos postquirúrgicos y politraumatizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que seinicia antes de su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y se mantiene tras el alta del mismo. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el SMI se cifra entre un 5 y un 25% y la mayoría de los casos fatales ocurren en la primera semana tras el alta. El reingreso en el SMI cuadriplica la mortalidad de los pacientes y duplica su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el proyecto UCI SIN PAREDES se pretende identificar al alta de la Sección UCI-Quirúrgica a los pacientes de mayor riesgode desarrollar eventos adversos y proporcionarles un seguimiento estrecho tras el alta con el fin de disminuir la mortalidad, evitar su reingreso en UCI o bien para procurar su reingreso precoz antes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

que la condición clínica se deteriore.

MÉTODO
Previamente al alta se identificarán los pacientes que presenten uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes).
La intervención se realizará a varios niveles:
a) En el informe de alta de UCI Q se dejará constancia de fecha de colocación de catéteres venosos centrales y duración prevista de tratamientos antibióticos
b) Contacto con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta
c) Visita diaria durante la primera semana de los pacientes en planta y, en caso de ser necesario, contacto con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si es preciso, reingreso precoz en UCI
Se informará a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar conla posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar demanera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Neurocirugía y Traumatología.

El registro de la información de los datos se realizará en un soporte informático.
Los datos serán anónimos, y en la explotación final de los mismos para la obtención de los indicadores, no habrá ningún dato que permita la identificación del paciente.

INDICADORES
Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia decolocación CVC (fecha de la misma)
Nº IA con constancia CVC y fecha/Nº total de IA
VALORACIÓN> 90%
Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento antibiótico
Nº IA con constancia de fecha de ttº AB/Nº total de IA
VALORACIÓN> 90%
Nº pacientes valorados en función de los criterios de inclusión
Nº pacientes con FR valorados/Nº total de pacientes con FR dados de alta de la UCI Q
VALORACIÓN> 85%
Nº actividades llevadas a cabo del total de las posibles acciones*
*Acciones llevadas a cabo al alta y al seguimiento
Nº de número de actividades llevadas a cabo del total de las acciones/paciente
PUNTUACIÓN DEL 1 AL 9
Nº reingresos llevados a cabo
Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos
VALORACIÓN > 80%

DURACIÓN
Constitución del equipo octubre-noviembre 2016
Notificación resto de los Servicios del Hospital diciembre 2016
Implementar las medidas enero-diciembre 2017
Monitorización de los primeros resultados octubre-diciembre 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 .....: 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 - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OBON AZUARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONAGA SERRANO BEATRIZ
VELILLA SORIANO CARMEN
GAMARRA CALVO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han analizado todos los pacientes en los que se ha empleado DMD durante el año 2018.
Se ha analizado la adecuación de su indicación según los diferentes documentos de referencia.
Se han impartido 3 sesiones clínicas
Se ha elaborado un tríptico con las principales indicaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD= 75%

pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación= 92%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD=3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena valoración general
Se está estudiando los factores que originan la variabilidad de su prescripción en nuestro entorno (pte de análisis estadístico)

7. OBSERVACIONES.
No

*** ========== Resumen del proyecto 2018/282 ========== ***

Nº de registro: 0282

Título
OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, VELILLA SORIANO CARMEN, GAMARRA CALVO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas patologias que requieran sedacion, o que provoquen delirium
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal.
Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiacepinas en el caso de delirium (7).
Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC.
A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.
Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.
Promover la prescripción adecuada de DMD.

MÉTODO
Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.
Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

INDICADORES
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%
% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%
% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

DURACIÓN
Periodo de estudio 2017-2019.
Selección de las variables mayo-junio 2018
Selección de los pacientes julio-sept 2018
Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018
Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019
Difusión en sesión marzo 2019
Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019
Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DELHOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OBON AZUARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONAGA SERRANO BEATRIZ
VELILLA SORIANO CARMEN
GAMARRA CALVO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han analizado todos los pacientes en los que se ha empleado DMD durante el año 2018.
Se ha analizado la adecuación de su indicación según los diferentes documentos de referencia.
Se han impartido 3 sesiones clínicas
Se ha elaborado un tríptico con las principales indicaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD= 75%

pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación= 92%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD=3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena valoración general
Se han logrado unificar los criterios de indicación de ttº con DMD
Se está estudiando los factores que originan la variabilidad de su prescripción en nuestro entorno (pte de análisis estadístico)

7. OBSERVACIONES.
NO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/282 ========== ***

Nº de registro: 0282

Título
OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, VELILLA SORIANO CARMEN, GAMARRA CALVO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas patologias que requieran sedacion, o que provoquen delirium
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DELHOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal.
Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiacepinas en el caso de delirium (7).
Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC.
A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.
Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.
Promover la prescripción adecuada de DMD.

MÉTODO
Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.
Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

INDICADORES
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%
% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%
% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

DURACIÓN
Periodo de estudio 2017-2019.
Selección de las variables mayo-junio 2018
Selección de los pacientes julio-sept 2018
Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018
Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019
Difusión en sesión marzo 2019
Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019
Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LETICIA FERNANDEZ SALVATIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARCELO CASTELLO MIREIA
MILLAN TARATIEL PAULA
PASCUAL BIELSA ANA
LUQUE GOMEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.
Se recogen, durante los meses mayo y junio de 2018, variables epidemiológicas y características del Soporte Nutricional Especializado (SNE) de los diferentes pacientes ingresados con estas dos características:
- Paciente con ingreso de más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgica
- Inicio de cualquier Soporte Nutricional (excluida fluidoterapia)

Durante los meses de septiembre y diciembre de 2018 se realiza un análisis de los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados, obtenidos de nuestros datos locales, se compara con los estándares nacionales y guías de práctica clínica (GPC). Para ello, contamos con tres indicadores:

1. Medición del porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales). Uno de los objetivos del proyecto es que la NE de manera precoz se aplique en el 100% de los pacientes.

Nº de enfermos con NE e inicio precoz
---------- x 100
Nº de enfermos con NE

2. Medición del porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo. Uno de los objetivos del proyecto es que las hiperglucemias >300mg/dl sean inferiores al 5%.

Nº total de determinaciones de
glucemia con valor> 300mg/dl
---------- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

3. Medición del porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo. Uno de los objetivos del proyecto es que el porcentaje de hipoglucemias sea inferior al 0.5%.

Nº total de determinaciones de
glucemia con valor<40mg/dl
---------- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

Tras el análisis de nuestros datos, los objetivos 1 y 3 están cumplidos, no siendo así con el objetivo 2.
En el estudio, hallamos un 8% de hiperglucemias >300mg/dl no alcanzando el objetivo de <5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El único resultado que no está dentro de los objetivos es el número de glucemias >300mg/dl. Como objetivo se marcó que tendría que ser inferior a 5% y en nuestro estudio, el porcentaje es de un 8%.
Es necesario establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a cumplir objetivos, como por ejemplo más controles glucémicos al día o modificar la pauta de insulina en pacientes de riesgo.
Esta medida ya se está implementando con el fin de obtener unos niveles de glucemia adecuados en el paciente crítico, sin olvidar los otros dos objetivos, que aunque están alcanzados hay que tenerlos presentes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/591 ========== ***

Nº de registro: 0591

Título
PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, BARCELO CASTELLO MIREIA, MILLAN TARATIEL PAULA, PASCUAL BIELSA ANA, LUQUE GOMEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con nutrición artificial
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La adecuación del Soporte Nutricional Especializado (SNE) en el paciente crítico tiene implicaciones en la morbilidad y el pronóstico. Las guías de práctica clínica (GPC) son una herramienta importante para los profesionales sanitarios en la práctica diaria habitual y un método de consulta para el tratamiento correcto de los pacientes. Asimismo, la evidencia sigue siendo baja y existen controversias importantes respecto al SNE en el paciente crítico.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende:
- Conocer la situación actual de la praxis respecto a la SNE en nuestro ámbito local
- Conocer la práctica del SNE y poder desarrollar estrategias para disminuir la probable baja adherencia a las GPC en nuestro ámbito, y así mejorar la calidad asistencial.
- Conocer el impacto de las GPC en SNE y el grado de adherencia en la práctica habitual

MÉTODO
Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.
Recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados.
Seguimiento de las prácticas nutricionales y complicaciones.

INDICADORES
- EVALUACIÓN: Obtención de nuestros datos locales y comparación con los estándares nacionales.
Comparación de los mismos con los datos de las GPC
- INDICADORES:
* Medir el porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales)--> 100%

Nº de enfermos con NE e inicio precoz
---------- x 100
Nº de enfermos con NE

* Medir el porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo --> <5%

Nº total de determinaciones de
glucemia con valor> 300mg/dl
---------- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

* Medir el porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo--> 0.5%

Nº total de determinaciones de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

```
glucemia con valor<40mg/dl
------------------------------------------ x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas


DURACIÓN

FECHA DE INICIO: ABRIL 2018
FECHA DE FINALIZACIÓN: FEBRERO 2019

* Creación del grupo de trabajo: Abril 2018
* Recogida de datos: Mayo-junio 2018
* Análisis: Septiembre- Octubre 2018
* Difusión en sesión clínica: Enero-Febrero 2019

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIREIA BARCELO CASTELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MORA RANGIL PATRICIA
MILLAN TARATIEL PAULA
JIMENEZ RIOS MARIA
EDROSO JARNE PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se desarrolló un registro de decisión de LTSV donde se recogieron diferentes items como fecha de ingreso, fecha en que se consultó a la UCI, edad del paciente, diagnóstico y comorbilidades, motivo de la LTSV, años de experiencia profesional del médico intensivista que decidió la LTSV y si la decisión fue unilateral o consensuada por otros profesionales.
Se recogieron en dicho registro todos aquellos pacientes a los que se decidió la limitación de soporte vital con la decisión de no ingreso en UCI durante un intervalo de tiempo de 4 meses, de mayo a agosto del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se obtuvo una muestra de 21 pacientes a los que se les realizó una Limitación del tratamiento de soporte vital consistente en el No ingreso en UCI. 9 pacientes fueron mujeres y 12 varones. El 100% presentaban un estado funcional previo de restricción severa de la actividad (incluyendo encamamiento) por enfermedad. Así mismo el 100% de los pacientes presentaron un índice Karnofski igual o menor a 50, indicando un elevado riesgo de mortalidad en los siguientes 6 meses. 19 pacientes presentaron 4 o más enfermedades previas asociadas siendo las más prevalentes la insuficiencia cardiaca, EPOC, Diabetes e insuficiencia renal. Los 3 restantes, presentaron 3 enfermedades previas asociadas (EPOC, DM e IC). La decisión de LTSV estuvo apoyada en el 100% de los casos por más de un motivo siendo los más prevalentes los de la enfermedad crónica severa previa, limitación funcional previa, edad y futilidad del tratamiento. La decisión de No ingreso en UCI fue tomada en el 81% de los casos durante el turno de guardia (estando presente el médico de la guardia) y el 19% restante se tomó durante el turno de mañanas. En todos los casos, la decisión fue consensuada por todo el equipo asistencial (ya fuera el resto del equipo de UCI o bien el médico responsable del paciente antes de la llamada a UCI) conjuntamente con la familia del paciente. No hubo desacuerdo (en la decisión de LTSV de No ingreso en UCI) con la familia o con el médico del servicio de origen en ninguno de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el estudio observacional se ha podido objetivar que la decisión de LTSV de No ingreso en UCI Se realiza con más frecuencia en pacientes con comorbilidad grave asociada y en pacientes con una funcionalidad previa muy deteriorada. Se suele llevar a cabo con la decisión consensuada del equipo asistencial junto con la familia.
El estudio se ha podido concluir tras los 4 meses de recogida de pacientes y sin quedar pendiente ninguna actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/630 ========== ***

Nº de registro: 0630

Título
LTSV: NO INGRESO EN UCI

Autores:
BARCELO CASTELLO MIREIA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, JIMENEZ RIOS MARIA, MORA RANGIL PATRICIA, MILLAN TARATIEL PAULA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, EDROSO JARNE PALOMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Limitación del tratamiento de soporte vital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad se han reconocido múltiples derechos de los enfermos críticos tales como el derecho a recibir una atención de calidad, derecho para tomar decisiones sobre los tratamientos de soporte vital (sobre su indicación, aceptación, intensidad, duración…) y el derecho de una atención paliativa de calidad en caso necesario.

Es por ello que ante el ingreso de un paciente en el hospital, con riesgo significativo de muerte o de estancia prolongada, tras una valoración interdisciplinaria de todo el equipo asistencial, se debe consensuar con el paciente y/o sus familiares, los cuidados que desea recibir.

Las decisiones de limitar el ingreso en UCI a la población hospitalaria son una de las decisiones más arduas y complicadas que se debe tomar en el ámbito de la medicina intensiva.
Ampliar los conocimientos adquiridos a través de un estudio de estas características representa importante herramienta de gestión, debido al principio de justicia distributiva, y una adecuación de la praxis médica en este aspecto, así como el desarrollo de herramientas que nos ayuden a la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto son
-Desarrollar un sistema de registro de decisión de LTSV y no ingreso en UCI
-Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la población a la que se le realiza una LTSV consistente en no ingreso en UCI.
-Averiguar aspectos que en la práctica clínica diaria pasan desapercibidos en este sentido
-Minimizar la heterogeneicidad mostrada en este tipo de decisiones entre los diferentes profesionales sanitarios que interactúan en la toma de la decisión.
-Homogeneizar la práctica clínica de estas decisiones garantizando la adecuación del tratamiento de soporte vital.

-Identificar los nexos comunes en las decisiones de LTSV de NO ingreso en UCI.

MÉTODO
Estudio observacional, prospectivo y analítico.
La muestra será todos los pacientes adultos valorados por el servicio de medicina intensiva (servicio extendido o equipo de guardia) que no son considerados subsidiarios de ingreso en UCI, como medida de LTSV.
Describir las características epidemiológicas y médicas de los pacientes a los que se decide LTSV de No ingreso en UCI.
Se incluyen paradas cardiacas intrahospitalarias en las que se decide finalizar la reanimación por causas derivadas de las comorbilidades del enfermo.

INDICADORES
Los indicadores que se desean obtener son los siguientes:

1.- Exploración de la existencia de voluntades previas (DVA) de los pacientes a los que se les haya realizado una LTSV de no ingreso en UCI.
Pacientes con LTSV “no ingreso en UCI” con DVA/ total de pacientes con LTSV “no ingreso en UCI” > 90%
2.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial > 90%
3.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial y entre el paciente y/o la familia / representante legal > 90%

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/05/2018
Fecha de finalización: 30/09/2018
Recogida de datos durante todo el período que dure el estudio.
Análisis de datos: 1/10/2018 al 30/11/2018

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 - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VELILLA SORIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OBON AZUARA BLANCA
ZALBA ETAYO BEGOÑA
SANCHEZ POLO CARLOS
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER
ROYO PUERTO MILAGROS
HERNANDEZ ARENAZA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones mensuales con la comisión de historias clínicas, donde se explica la evolución del desarrollo del proyecto, las actividades a realizar, y la aceptación por parte de los servicios.
- La propuesta de nuevo para este año 2019, como objetivo de la comisión, del procedimiento para la mejora continua de "evitar el exceso de papel".
- Sesión clínica en junio-2018 en el servicio de Medicina Intensiva donde se explica la puesta en marcha del proyecto, la difusión al resto del personal y la concienciación de la importancia en la utilización de los recursos disponibles como son los electrónicos, intentando no duplicar la documentación.
- Reuniones sucesivas y conversaciones telefónicas con el servicio de Informática para la solución de problemas técnicos de mejora antes de la puesta en marcha de la no impresión del informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, como es, la inclusión de todos los informes de alta del servicio de Medicina Intensiva en la intranet hospitalaria y no que solo conste el ultimo del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Importante mejoría en la no impresión de analíticas ni otras pruebas complementarias, utilizando más el formato electrónico y mayor uso de los recursos informáticos en el trabajo diario.
- Mejoría en la solicitud electrónica de pruebas complementarias, como analíticas y pruebas radiológicas, quedando pendiente de resolver la no impresión de solicitudes al servicio de microbiología.
- Mejoría en las respuestas de las solicitudes de colaboración realizada desde la Unidad de Medicina Intensiva a otros servicios, de tal manera que cada vez es más utilizado el formato electrónico que el formato papel, aunque todavía queda pendiente de mejorar ya que no todos los profesionales cuentan con clave para poder utilizar el formato electrónico de la Unidad.
- Menor uso y menor necesidad de impresión de pegatinas de identificación clínica para el trabajo diario, ya que en la actualidad su uso es muy infrecuente.
- Durante el ingreso del paciente en la Unidad son muy pocos los documentos que se guardan en papel, excepto ECG, alguna solicitud de colaboración, resguardo del banco de sangre, por lo que al alta es muy poca la documentación que es necesaria incluir dentro del sobre de la historia clínica.
- Mejoría en el formato electrónico de la historia clínica de la Unidad, ya que es posible la visualización de todos los informes del alta, y no solo del último del paciente.
- Mejoría en la visualización de los informes de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos en la intranet clínica, ya que anteriormente solo era posible la visualización del último ingreso en la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha conseguido su objetivo en la reducción del papel y en evitar la duplicidad de documentación consiguiendo sus indicadores, excepto en el caso del informe del alta de la Unidad, que queda pendiente de realizar, ya que no ha sido posible hasta enero de este año la inclusión de todos los informes de alta de la misma en la intranet clínica, por lo que se han seguido imprimiendo, ya que si el paciente ingresaba en más de una ocasión, se perdía el informe antiguo quedando solo el alta reciente.
Pendiente también, si fuese posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la Unidad para no tener que imprimirlo al alta de la misma.

7. OBSERVACIONES.
Para la creación de este proyecto sirvió de base el realizado en el servicio de Urgencias del hospital para evitar el exceso de papel y a su vez se pretende que con el mismo pueda servir para la concienciación y difusión de las medidas al resto de servicios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1146 ========== ***

Nº de registro: 1146

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

Título
MENOS ES MAS

Autores:
VELILLA SORIANO CARMEN, OBON AZUARA BLANCA, ZALBA ETAYO BEGOÑA, SANCHEZ POLO CARLOS, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER, ROYO PUERTO MILAGROS, HERNANDEZ ARENAZA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología critica.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad se ha objetivado la existencia de un exceso de papel en la Historia Clínica de los pacientes.
Este hecho resulta de vital importancia porque cuenta con implicaciones económicas, pero sobre todo con repercusiones en la asistencia sanitaria.
Existe una gran cantidad de documentación en formato papel ocupada por documentos que ya existen en formato electrónico.
Todo ello puede dar lugar a confusión, errores en la atención médica, retrasos en la obtención precisa de la información, y por tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
Además supone un mayor tamaño de la historia en formato papel, con la necesidad cada vez mayor de espacio para el almacenaje de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
En el servicio de Medicina Intensiva se dispone de formato electrónico para la realización de la historia clínica, petición de radiología y analítica, la impresión del papel debiera de ser a priori muy escasa, por ello nos proponemos valorar cuales son estas necesidades de impresión y donde se puede incidir en la reducción de las mismas.

Se pretende lograr con este proyecto utilizar el formato papel únicamente en los casos en los que no se encuentre disponible el formato electrónico, disminuir su consumo, evitar la duplicidad de los documentos, uniformizar el acceso a la información y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.
Siendo, el objetivo fundamental, la no duplicidad de los documentos, intentando disminuir la historia clínica en formato papel.

MÉTODO
No imprimir analíticas, ni otras pruebas complementarias que puedan obtenerse en formato electrónico.
Si es necesario imprimirlas, no guardarlas en la historia clinica,
desecharlas en el contenedor "Confidencial" facilitado para ello.
No realizar solicitudes en formato papel si su realización es posible en formato electrónico.
No imprimir el informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos
si el paciente es destinado a un servicio en el cual es posible obtenerlo en formato electrónico,si el paciente va destinado a un servicio fuera del ámbito hospitalario en el que no sea posible su valoración electrónica, se realizará la impresión.
Las contestaciones de colaboración de otros servicios dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos,deberán incluirse dentro de su historia clínica, mediante la utilización del programa electrónico propio del Servicio de Medicina Intensiva, en una hoja de colaboración ad hoc destinada para ello.
En el momento del alta de la UCI, tanto las pegatinas de identificación del paciente que no hayan sido utilizadas, como otros documentos en formato papel que no sean necesarios para su seguimiento posterior, se desecharán en el contenedor "confidencial" facilitado para ello, y no serán guardados en la historia clínica.
Se informará a los distintos servicios del hospital de la implementación de este proyecto de mejora en el Servicio de Medicina Intensiva.

INDICADORES
-Nº de documentos clínicos en formato papel/nº total de documentos clínicos (papel + electrónico) < 40%.
-Nº pruebas complementarias en formato papel/nº pruebas complementarias totales (papel + electrónico) < 10%.
-Nº de solicitudes de exploraciones complementarias encontradas en formato papel que es posible su realización en formato electrónico. Ninguna.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

-Nº de informes de alta de UCI encontrados en formato papel/Nº de informes de alta de UCI total (formato papel + formato electrónico) < 10%.
-Nº de contestaciones de colaboración de otros servicios encontradas en formato papel/ Nº de colaboraciones en total (formato papel + formato electrónico) < 10%
- Nº de pegatinas de identificación del paciente así como otros documentos encontrados en formato papel que no sean necesarios para el seguimiento evolutivo del paciente encontrados en la historia clínica fuera del episodio de ingreso en UCI < 10 (hojas de pegatinas + otros documentos).

DURACIÓN
Durante los meses Mayo-Septiembre 2018, se constituirá el equipo y se realizará la notificación al resto de servicios de hospital.
A partir de Octubre 2018, se implementarán las medidas señaladas y durante los meses Abril-Mayo 2019 se monitorizarán los resultados mediante una evaluación de los indicadores mencionados entre las historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria de los pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos para comprobar si es posible su obtención.

OBSERVACIONES
Se está revisando si es posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la UCI que actualmente se realiza en papel. Si fuese posible también su obtención de forma informatizada sería también incluido en este proyecto junto con el alta medica.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA VICENTE LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCAL SOLA SUSANA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA
RAMOS ABRIL VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, ABRIL 2018.
REUNIONES CON EL EQUIPO DE MEJORA PARA ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ABRIL-MAYO 2018.
ENVIO DEL PROCEDIMIENTO A LA UNIDAD DE CALIDAD, JUNIO 2018.
PENDIENTE DE REVISIÓN POR LA UNIDAD Y COMISIÓN DE CALIDAD, FEBRERO 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FORMAR A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FORMAR A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1286 ========== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Autores:
VICENTE LOPEZ MARTA, RONCAL SOLA SUSANA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA, RAMOS ABRIL VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El catéter Swan-Ganz, es un catéter ampliamente empleado en las UCIs. El cual permite monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha, y lograr un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de shock.

En la actualidad,en nuestra UCI, no existe ningún documento que marque unas directrices a la hora de insertar, mantener y retirar un catéter Swan-Ganz para que el personal de enfermería pueda apoyarse en él.

También nos hemos dado cuenta, que es escaso el personal de UCI, alrededor de un 20% que pueda preparar todo el material que conlleva la inserccion del catéter, sin cometer fallos, sepa como se utiliza y que parámetros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

mide.

Por ello, una adecuada formación específica de los profesionales reducirá la variabilidad, fortalecerá la cultura de seguridad y disminuirá los errores a la hora de la preparación, mantenimiento, utilización y retirada de dicho catéter.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un procedimiento sobre la actuación de enfermería ante la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz.
Mejorar el grado de conocimiento del método en el personal de UCI.

MÉTODO
Busqueda de bibliografía por parte del equipo que elabora el procedimento.

Realización de un procedimiento "Actuación de enfermería en la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz".

Sesiones-Talleres formativos del personal de enfermería de UCI con los diferentes componentes del equipo todo ello coordinado por el responsable del proyecto.Para ello se dispondrá de todo el material necesario para la insercción del catéter, monitores, etc..

Inclusión del procedimiento en soporte de papel en la documentación de enfermería de la UCI.

Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES
nº personal de enfermería que conocen el método correcto /nº personal de enfermería que trabaja en la UCI * 100

Estándar: 80-90% (por el moviemiento de personal en la UCI).

DURACIÓN
Busqueda bibliográfica: MARZO-ABRIL 2018 (reuniones mensuales del equipo de mejora).
Elaboración de un procedimiento: ABRIL-MAYO 2018 (reuniones quincenales con el equipo de mejora.
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación: MAYO 2018.
Medición del grado de conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora: JUNIO 2018
Sesiones-Talleres formativos: JULIO-OCUBRE 2018.
Inclusión del procedimiento en soporte de papel e informático en la unidad: JUNIO 2018.
Evaluación del proyecto de mejora con el indicador arriba mencionado: ENERO-ABRIL 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1408

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA RONCAL SOLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE LOPEZ MARTA
OBON AZUARA BLANCA
VELILLA SORIANO CARMEN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, FEBRERO-MARZO 2018
REUNIÓN CON EQUIPO DE MEJORA PARA ELABORAR UN PROCEDIMIENTO, MARZO-MAYO 2018.
ENVIO DEL PROCEDIMIENTO A LA UNIDAD DE CALIDAD, JUNIO 2018.
REVISÓN DEL PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD (PILAR CASCÁN), SEPTIEMBRE 2018.
PENDIENTE DE REVISIÓN POR LA COMISIÓN DE CALIDAD PARA LA APROBACIÓN, ENERO 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PODER REALIZAR LAS SESIONES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PODER REALIZAR LAS SESIONES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1408 ========== ***

Nº de registro: 1408

Título
ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
RONCAL SOLA SUSANA, VICENTE LOPEZ MARTA, VELILLA SORIANO CARMEN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad se ha incorporado una nueva terapia respiratoria, la oxigenoterapia de alto flujo, en los pacientes críticos. El conocimiento de dicha terapia junto a sus distintos modos de tratamiento resulta de vital importancia para su administración en el paciente. Así mismo, las repercusiones económicas en la asistencia al paciente también son muy relevantes pues se revierten situaciones respiratorias sin tener que llegar a intervenciones más cruentas y/o evoluciones clínicas más prolongadas.
El desconocimiento por parte del personal de la existencia de los distintos modos de tratamiento y la aplicación de los mismos puede generar confusión, errores en la atención médica, equivocaciones a la hora de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1408

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

preparar el material adecuado para cada modo de terapia, retrasos en la aplicación del tratamiento, y por tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
Dado que en la actualidad en el servicio de Medicina Intensiva se dispone de los medios necesarios para hacer efectivo el tratamiento de oxigenoterapia de alto flujo, nos proponemos valorar cuales son las necesidades de formación y donde se puede incidir en la reducción de errores a la hora de la administración de los distintos modos de dicha terapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende facilitar el acceso a la información de los distintos modos de terapia que existen, utilizar los medios para la administración del tratamiento de la oxigenoterapia de alto flujo de forma adecuada, y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

MÉTODO
-Revisión bibliográfica por parte del equipo que elabora el proyecto.
-Realización del procedimiento “Administración de la oxigenoterapia de alto flujo en paciente críticos”.
-Sesiones formativas a los profesionales de la unidad.
-Inclusión de los parámetros que se utilizan en la oxigenoterapia en el soporte informático de la uci.
-Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES
Número de profesionales formados: nº profesionales formados = nº profesionales formados / total de profesionales unidad X 100
Estándar: 80-90% (por el movimiento de personal en la Uci)

DURACIÓN
FEBRERO-MARZO 2018: Revisión bibliográfica y reuniones del equipo de mejora
ABRIL-JUNIO 2018: Elaboración del procedimiento. Reuniones del equipo de mejora. Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.
JUNIO 2018: Medición del conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora.
JULIO-OCTUBRE 2018: Sesiones formativas. Inclusión de los parámetros y del procedimiento en el soporte informático de la uci.
NOVIEMBRE-ENERO 2019: Evaluación del proyecto 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 - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTINEZ ABELLEIRA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO PUERTO MILAGROS
VERGARA MAINAR ALICIA
VICEN CARNICER MARIA CARMEN
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
MINGUIJON GARCIA NEILA
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la primera fase del proyecto, el equipo de mejora elaboró un listado abarcando todas las técnicas que pueden llegar a realizarse, en la actualidad, en nuestra UCI. Estas, se distribuyeron de manera multidisciplinar entre los miembros del equipo, elaborando borradores que fueron puestos en común en las reuniones bimensuales.

Las dichas fueron diseñadas bajo un mismo formato;
-Definición
-Observaciones previas
-Posición del paciente
-Material de la técnica
-Notas y observaciones importantes
-Documento gráfico del material
-Limpieza si precisaba.

A la vez, se elaboró y distribuyó una encuesta para conocer cómo fue la llegada del personal a la unidad y si existía la necesidad de tener documentos de apoyo al trabajo diario. El 100% de personal apoyó el proyecto.

En la actualidad, se han ejecutado más del 83% de las fichas del proyecto quedando únicamente 5 que serán realizadas durante los meses de febrero a abril. A la vez se ha elaborado una encuesta, ad hoc, que será pasada entre el personal de nueva incorporación para conocer su grado de satisfacción con el proyecto.

El material didáctico está en post-producción pendiente de su impresión pero se encuentra disponible en soporte informático en los ordenadores de la unidad.

Todo el personal de enfermería, ha sido informado durante diferentes reuniones y correos de la existencia de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad se han elaborado 26 fichas, más del 80%, quedando pendiente 5 que serán realizadas por el equipo en los próximos meses.
Se ha diseñado y distribuido una encuesta a todo el personal TCAE de la unidad (fijo, interino y discontinuo). Se han repartido 35 encuestas, las cuales han sido contestadas por 27 personas alcanzando el objetivo marcado del 80% de encuestas contestadas. Queda pendiente distribuir las encuestas post-implantación del proyecto que dará a conocer el impacto del proyecto.
Durante los meses de elaboración de las fichas, los TCAES han recibido información en las diferentes reuniones de unidad y a través de correo. La mayor parte han manifestado el acierto en la confección de las fichas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La UCI es un entorno dinámico y en ocasiones muy estresante donde la respuesta debe ser inmediata. La mayor parte de las técnicas y el aparataje manejado son específicos de los cuidados críticos. Es importante tener estas fichas actualizadas para que sirvan de herramienta de trabajo fiable repercutiendo en la calidad, seguridad y eficacia de los cuidados proporcionados.
Si valoramos las encuestas contestadas por las TCAEs observaremos como más del 87% reflejó que su llegada a la unidad fue por lo menos complicada y estresante, que hasta el año no se sentían capaces de preparar el material de técnicas más complejas y que al 100% le hubiera gustado tener unas fichas donde poder consultar.
A través de este proyecto, el equipo se ha dado cuenta de la importancia que tiene facilitar la incorporación de nuevos profesionales a las unidades de cuidados críticos. Por ello se están elaborando manuales de acogida para los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1441 ========== ***

Nº de registro: 1441

Título
IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Autores:
MARTINEZ ABELLEIRA NURIA, ROYO PUERTO MILAGROS, VERGARA MAINAR ALICIA, VICEN CARNICER MARIA CARMEN, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, MINGUIJON GARCIA NEILA, PALACIOS LASECA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PRACTICA CLINICA

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

PROBLEMA
El trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se relaciona directamente con la eficacia, la calidad y la seguridad en el cuidado al paciente crítico.
Ante una situación de urgencia es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.
Dentro los profesionales sanitarios que componen el equipo multidisciplinar en la UCI están las TCAES (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) junto con enfermeras/os y médicas/os.
En la UCI MÉDICA del Hospital Clínico están en rueda 25 TCAES en turno rotatorio de mañana tarde y noche, más dos en turno fijo; personal con alto grado de rotabilidad. No se exige formación específica en la incorporación a la unidad.
Es tarea de la TCAE preparar el material utilizado en las múltiples técnicas, teniendo en cuenta el continuo avance científico con la incorporación de nuevos equipos.
Con frecuencia las actuaciones en la UCI son urgentes y muy específicas.
La TCAE tiene que conocer el material, la ubicación y el mantenimiento para dar respuesta óptima a las necesidades del paciente crítico.
En la actualidad la unidad no dispone de soportes de apoyo en los temas a tratar siendo el medio de puesta al día el “boca a boca” y recurrir a las compañeras más veteranas.
Por todo ello es necesario incluir en la unidad fichas en soporte informático y papel que desarrollen todo el material de las técnicas más importantes que se realizan y tareas específicas de la TCAE en la UCI.
Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de los cuidados proporcionados, fortalece la cultura de la seguridad y disminuye las posibles complicaciones relacionadas con la técnica; además reduce el estrés y aumenta la satisfacción laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar y mejorar la formación de personal TCAE en el ámbito de los cuidados intensivos.
Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en los cuidados realizados por la TCAE.
Disminuir la ansiedad del personal TCAE de nueva incorporación en la UCI.

MÉTODO
Listado de las técnicas que se realizan en UCI MÉDICA.
Elaboración de las fichas de material de las diferentes técnicas.
Información y difusión de las fichas en sesiones a los profesionales implicados.
Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.
Entregar encuestas de satisfacción antes y después de la implantación de las fichas de material..

INDICADORES
ELABORACIÓN = DEL 80% DE LAS FICHAS CORRESPONDIENTES A LAS TÉCNICAS DE UCINUMERO DE TCAES QUE RECIBEN INFORMACIÓN (CONOCIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO) / NÚMERO TOTAL DE TCAES EN LA UNIDAD X 100 = 100%GRADO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

SATISFACCIÓN: NUMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS POR TCAES/
NÚMERO TOTAL DE TCAES X100 = 80%

DURACIÓN
Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto.NOVIEMBRE – FEBRERO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Elaboración de listado de técnicas de las TCAES.
Distribución primer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

FEBRERO-ABRIL
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución segundo bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

ABRIL- JUNIO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución tercer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

JUNIO-SEPTIEMBRE
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución cuarto bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Elaboración y maquetación de las fichas definitivas.
Puesta en común.
Entregar encuestas antes de la implantación de las fichas.

DICIEMBRE
Difusión e información a los profesionales
Inclusión de las fichas en papel y soportes informáticos de la unidad .
Entregar encuestas tras la implantación de las fichas.
Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA JOSA LAORDEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES HORNA VANESA
OLIVAN USIETO TERESA
LONGAS GASPAR ANA ISABEL
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido menores a las previstas debido a que en la fecha actual no se han cumplido los 6 meses desde la puesta en marcha del proyecto de mejora.
- No se ha podido realizar hasta el momento la reunión de formación conjunta con Atención Primaria, debido principalmente a movilidad del personal en ambos servicios. Sin embargo, aquellos que han contactado con nuestro servicio telefónicamente solicitando un tratamiento con hierro endovenoso, se les ha indicado el nuevo método planteado para conseguir una derivación más rápida.
- Se ha contactado de forma telefónica con los pacientes para informarles del inicio del tratamiento, fecha y localización, iniciando el tratamiento siempre con una demora inferior a 15 días desde nuestro contacto con Atención Primaria.
- Se ha realizado un registro de todos los pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento con hierro endovenoso en nuestro Centro, mediante una ficha en formato excel, indicando la dosis y periodicidad, así como los datos clínicos del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha actual no se han evaluado los indicadores propuestos en el Proyecto de mejora, ya que estos debían ser evaluados a los 6 y 12 meses del inicio del proyecto.
Sí que se han registrado en la Historia Clínica Electrónica los tratamientos con hierro endovenoso implantados hasta este momento en nuestra agenda de Hospital de Día / Unidad Crónico Complejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos han sido correctamente planteados, se ha iniciado un registro de los tratamientos con hierro endovenoso en nuestro Servicio para poder optimizar los recursos del Centro. Debemos mejorar la comunicación con Atención Primaria para poder gestionar de forma más eficaz estos tratamientos, con el objetivo de reducir la demora en nuestras consultas, agilizando las primeras visitas y el inicio del tratamiento. El proyecto es sostenible debido a la escasa necesidad de recursos materiales y personales nuevos, pudiéndose replicar en otros centros con facilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/698 ========== ***

Nº de registro: 0698

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Autores:
JOSA LAORDEN CLAUDIA, GARCES HORNA VANESA, OLIVAN USIETO TERESA, LONGAS GASPAR ANA ISABEL, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

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

PROBLEMA
La vía actual de derivación para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso, se realiza desde Atención Primaria, Urgencias u otras especialidades. Habitualmente el paciente es citado en nuestras consultas en un periodo máximo de 2 meses, según demora. Si en el momento de la visita se dispone de analítica completa reciente (igual o inferior a un mes), se decide si el paciente es candidato a tratamiento con hierro. Si no se dispone de la misma, se solicita una analítica con dichos parámetros, requiriendo una nueva visita.
Tras esta evaluación, si el paciente requiere tratamiento con hierro endovenoso, se gestiona a través del servicio de urgencias del Centro Sanitario Cinco Villas el día de inicio, programando tanto la dosis como la periodicidad. Tras el tratamiento pautado se revalora la necesidad de continuación del mismo.
La pertinencia de este proyecto, en el momento actual en nuestro centro, sería con el fin de reducir el tiempo de demora entre Atención Primaria y Medicina Interna, mediante una derivación rápida, por vía telefónica, asegurando citar en el periodo inferior a un mes, a todos los pacientes que potencialmente requirieran este tratamiento. Este proyecto contribuiría a mejorar la situación actual, dado que el número de pacientes que requieren tratamiento con hierro endovenoso es elevado en nuestra población, teniendo en cuenta la edad y las comorbilidades asociadas. Esto hecho mejoraría el tiempo de espera y la gestión de las necesidades del paciente. Además, se iniciará un registro electrónico de los pacientes en tratamiento, para adecuar las dosis y periodicidad a las necesidades reales.
Nos gustaría remarcar que hasta el momento actual no existe ninguna vía de derivación rápida, la cual reduciría la demora de la primera visita, el número de visitas necesarias para inicio del tratamiento y permitiría un mejor registro y gestión de los tratamientos pautados.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serian aquellos pacientes, de cualquier edad, con anemia (Hb < 12 g/dL en mujeres y Hb < 13 g/dL en hombres) asociada con ferropenia, con índice de saturación de la transferrina inferior al 20%.
Los objetivos de este proyecto son:
- Disponer de una vía reglada de derivación rápida a nuestras consultas, mediante conexión telefónica, para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso.
- Implantar el sistema de derivación con Atención Primaria para remitir de forma rápida a los pacientes que precisan dicho tratamiento.
- Disminuir el tiempo de demora para la valoración del paciente, con una única visita inicial para programar el tratamiento.
- Adecuar la dosis y periodicidad del tratamiento con hierro endovenoso a las necesidades del paciente, mediante un registro informatizado de todos los tratamientos.

MÉTODO
En el momento actual, unos 65-70 pacientes acuden a nuestras consultas mensualmente, con una demora aproximada de primera visita de 1-2 meses, si la derivación es considerada “normal”, e inferior en el caso de “preferente”.

Las acciones previstas para lograr nuestros objetivos son: previo a la implantación del proyecto, los componentes del mismo, nos pondríamos en contacto con los coordinadores de todos los centros de salud dependientes del Centro Sanitario Cinco Villas. En esta reunión de formación, bien presencial, por vía telefónica o videoconferencia, les indicaríamos el objetivo del proyecto, así como su los requisitos y el método de contacto para su implantación. A partir de ese momento, podrían ponerse en contacto telefónico directo con nuestro Servicio, de lunes a viernes, de 8 a 14 horas, indicándonos los datos de filiación y el número de historia del paciente que requiera nuestra valoración.
Para agilizar nuestra valoración recomendaremos remitir al paciente con una analítica completa que incluya todos los parámetros necesarios para el estudio etiológico de la anemia, enviando así mismo una analítica de muestra en caso de que fuera necesario.

INDICADORES
- número de consultas solicitadas
- número de tratamientos con hierro endovenoso implantados
- demora (días) para primera visita
- demora (días) para inicio del tratamiento

Dentro de 6 y 12 meses tras el inicio previsto, en Febrero y Agosto 2019, se evaluarán estos indicadores, así como los tiempos de demora y la satisfacción de este nuevo método de comunicación y vía rápida por los médicos de atención primaria, mediante una encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
Implantación en los Centros de Salud mediante información telefónica, por video-conferencia o presencial: Junio-Agosto 2018
Derivación de pacientes a Consultas de Medicina Interna por vía telefónica: A partir de Agosto 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLA TOYAS MIAZZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GUTIERREZ ANYULI
DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA
REMACHA MONEDERO ALBA
ADRIAN SANJUAN RAQUEL
LOPEZ LEON MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de informes de alta de pacientes en los que se realizó sedación paliativa, durante un año, para poder enviar encuesta de satisfacción (previa a poner proyecto en marcha), para así poder compararlo tras su instauración.
- Elaboración del documento de apoyo a los facultativos, tras la toma de decisión de sedación paliativa/terminal.
- Revisión de bibliografía para decidir que variables recoger para realizar el descriptivo de las características de los pacientes en los que se toma la decisión de sedar y aquellas para ayudar a minimizar técnicas diagnóstico/terapéuticas fútiles en estos pacientes.
- Inicio de elaboración de carta y encuesta de satisfacción para los familiares de pacientes en los que se haya realizado sedación paliativa/terminal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han obtenido número de pacientes en los que se realizó sedación paliativa/terminal, durante un año. (46) (no hay estandar)
Se ha solicitado información informal al CEICA por si se precisara de algún tipo de consentimiento informado.
Inicio de elaboración de la base de datos para la recogida de datos para estudio descriptivo de pacientes en los que se tome la decisión de realizar sedación paliativa/terminal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Enriquecedoras las reuniones para ir diseñando y tomando decisiones en el desarrollo del proyecto.
Quedan pendientes:
- Difusión del documento de apoyo a los facultativos
- Envío (tras revisión del grupo) de la carta y encuesta para familiares, antes de poner en marcha el proyecto actual.
- Recogida de datos de pacientes en los que se use el documento de apoyo y su análisis posterior.
- Envío de la carta y encuesta para familiares, tras haber puesto en marcha el proyecto actual.
- Análisis de satisfacción, con encuestas contestadas devueltas, antes y después de poner en marcha el proyecto.
- Diseño de la encuesta para los facultativos que utilicen el documento de apoyo, su entrega y su análisis.

7. OBSERVACIONES.
Se necesitará, como ya se especificó en el proyecto, apoyo estadístico y administrativo (envió y recepción de cartas de encuestas)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/856 ========== ***

Nº de registro: 0856

Título
APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Autores:
TOYAS MIAZZA CARLA, REMACHA MONEDERO ALBA, DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA, ADRIAN SANJUAN RAQUEL, LOPEZ LEON MARIA JESUS, GRACIA GUTIERREZ ANYULI

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad terminal no neoplásica o neoplásica
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Satisfación

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

PROBLEMA
Cada año más de 20 millones de personas en el mundo afrontan el final de su vida (FV) por enfermedad avanzada y el 70% de los que fallecen sufre un periodo de varios meses de ET en el que la persona y su familia viven circunstancias que ocasionan gran sufrimiento.
En la mayoría de países desarrollados, la muerte se produce en hospitales e instituciones y cada vez menos en domicilio. El envejecimiento poblacional y la creciente dependencia hacen que muchos de estos pacientes sean atendidos en Medicina Interna (MI).
La falta de formación sobre cuidados paliativos por los profesionales de la salud y el desconocimiento de los pacientes y la familia acerca de las últimas fases de la enfermedad, son un obstáculo importante a los programas de mejora del acceso a esos cuidados.
En MI acogen cada vez con más frecuencia la atención a estos pacientes y la polivalencia, visión integral e integradora se hacen necesarias y cobran especial valor.
Cuando las estrategias de intervención han resultado ineficaces ante un paciente en situación terminal, la adecuación del esfuerzo terapéutico y en ocasiones, la sedación paliativa, son necesarias. Ambos conceptos deben convertirse en una práctica socialmente aceptada y bien manejada por los profesionales sanitarios. Están recogidas en el BOE núm. 115, 14 mayo 2011 y BOA núm. 70, 7 abril 2011, y su objetivo es proporcionar a la persona al FV una atención sanitaria de calidad, apoyando a la familia en la toma de decisiones.
Nuestro objetivo principal es mejorar la atención al FV desarrollando un documento informativo que ayude a los profesionales a transmitir la situación vital del paciente y la actitud terapéutica ofrecida y que ayude a las familias a entender la situación de irreversibilidad, la futilidad de otras medidas diagnóstico-terapéuticas y el importante sufrimiento del paciente, aceptando, si es necesaria la sedación paliativa/terminal (ST) con la tranquilidad de saber que se le va a ofrecer una "buena muerte".

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención al paciente terminal y su familia y evitar la sensación de abandono con sufrimiento físico o psicológico
-Ayudar al profesional en la comunicación con las familias de pacientes que precisen ST
-Ofrecer información escrita en lenguaje sencillo a los familiares, para ayudar a que participen activamente en la toma de decisiones al FV
-Conocer datos epidemiológicos y clínicos de pacientes a los que se aplique ST
-Identificar medidas de diagnóstico y ttº fútiles en pacientes en ST (obstinación terapéutica)

MÉTODO
-Elaboración de un documento informativo que explique en lenguaje sencillo qué es la ST y en qué momento se emplea, para ser utilizado por los profesionales de MI como complemento y apoyo a la hora de informar a los familiares del paciente.
-Difusión del documento en sesión clínica del servicio y con personal sanitario del Servicio de Medicina Interna C (MIC).
-Elaboración de una encuesta sencilla sobre la utilidad del documento y puntos de mejora para el personal médico del servicio y resto de personal sanitario de MIC.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción a las familias de fallecidos con sedación en MI (se intentará realizar previa y posteriormente a la puesta en marcha de este plan de mejora).
-Diseño de estudio descriptivo que incluya variables epidemiológicas, clínicas y técnicas diagnóstico-terapéuticas fútiles en pacientes que reciban ST.
-Elaboración de consentimiento informado para la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y técnicas aplicadas, de pacientes en los que se decida sedación paliativa en MIC.

INDICADORES
-% de pacientes en los que se ha utilizado el documento de apoyo al FV. Estándar desconocido.
-Grado de satisfacción de los profesionales respecto al documento diseñado, utilidad y puntos de mejora. Fuente: encuesta personal sanitario.
-Grado de satisfacción de las familias, previo y posterior a la implementación del documento. Fuente: encuestas contestadas de familiares.
-Estudio descriptivo de los pacientes a los que se aplicó ST en MIC. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.
-Estudio descriptivo de los datos recogidos acerca de las técnicas fútiles realizadas en los últimos momentos de la vida. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.

DURACIÓN
- Elaboración del documento informativo. (Dra. Toyas)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para familiares. (Dra. Toyas/Gracia)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para el personal sanitario. (Dra. Toyas/Gracia)
- Entrega de documentación para su aprobación por las comités pertinentes. (Dra. Toyas)
- Difusión del documento informativo a los médicos del Servicio de MI en sesión clínica. (Dra. Toyas/de Escalante).
- Difusión del documento al resto de personal sanitario de MIC. (Sras. López, Remacha y Adrian)
- Análisis datos epidemiológicos, clínicos y técnicas fútiles realizadas a pacientes que han recibido ST. (el equipo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

```
-        Encuesta a los miembros del servicio y a familiares. (el equipo)
-        Análisis del nivel de satisfacción y de datos recogidos. (el equipo).

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VICENTE DE VERA FLORISTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRUBIA PEREZ CARMEN
PEREZ CALVO JUAN
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO
ESPUELAS MONGE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos consensuado la hoja de información y realizada su difusión en sesión clínica a todos los adjuntos y R5 del servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha habido una buena aceptación por parte del servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos iniciando la puesta en marcha ahora que se han incorporado nuevos adjuntos al servico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1114 ========== ***

Nº de registro: 1114

Título
HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Autores:
VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN, TORRUBIA PEREZ CARMEN, PEREZ CALVO JUAN, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO, ESPUELAS MONGE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
En la actualidad en el Servicio de Medicina Interna (SMI) existe una hoja de información personalizada que incluye la identificación del facultativo, horario y lugar de información médica, que está siendo infrautilizada por parte de los facultativos.
A pesar de que habitualmente el facultativo se presenta en el primer contacto que tiene con el paciente y familiares,es frecuente constatar a lo largo del ingreso que desconocen el nombre del médico responsable; además, el deseo de conocer e identificar a los profesionales responsables de su cuidado aparece como el primer punto dentro del “Decálogo del paciente hospitalizado”, recientemente editado.
También es habitual la información a familiares en el pasillo, por parte del facultativo, donde es más difícil preservar la confiencialidad y su derecho a la intimidad. Además, esta práctica puede implicar la presencia de mayor número de familiares de los estrictamente necesarios, en horario de mañana, lo que en ocasiones altera el trabajo de los distintos profesionales en la planta.
Se pretende al entregar la Hoja de Información Personalizada, que el médico responsable pueda ser identificado en todo momento por paciente y familiares y adecuar la información a los familiares en despacho médico en horario establecido respetando confidencialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

RESULTADOS ESPERADOS
- Cumplir la ley de Autonomía del paciente.
- Identificación del médico responsable del paciente
- Evitar información en el pasillo adecuando el lugar de información respetando la intimidad del paciente y el secreto profesional
- Disminuir el número de familiares durante el pase de visita y evitar su permanencia en los pasillos para favorecer el trabajo de los distintos estamentos

MÉTODO
- Actualización de la hoja de información personalizada
- Sesión clínica informativa a todo el servicio presentando la hoja y explicando el proyecto
- Distribución de la hoja informativa personalizada
- Recordatorio mensual, junto con la evaluación mensual, o un envio mensual a cada facultativo, de los resultados

INDICADORES
- Número de pacientes ingresados en el SMI a los que se les ha facilitado la hoja de información/número de pacientes ingresados en el SMI
- Evaluación una vez al mes durante 6 meses. Habrá un médico responsable en cada planta del SMI quién cuantificará el número de hojas dadas por cada facultativo a los enfermos/ familiares correspondiendo con el numero de altas mensuales, las hojas estarán numeradas previamente.

DURACIÓN
Fase de intervención: septiembre 2018-marzo 2019
Difusión proyecto de mejora entre personal facultativo: septiembre 2018
Implantación de la hoja de información personalizada: octubre 2018 a marzo 2019
Recogida de indicadores: octubre a marzo
Valoración de resultados. Abril 2019 –mayo 2019

OBSERVACIONES
HOJA DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA

Estimado señor o señora:

El/la médico especialista que le atenderá durante su ingreso en la planta de Medicina Interna

es el/la Dr./Dra.

El horario en el que de manera habitual puede recibir la información sobre la evolución clínica de los pacientes, siempre y cuando el paciente en uso de sus facultades no exprese objeciones, será:

Médico

Horario
Lugar

Dr./Dra.
13:30 H
SECRETARIA

Establecer un horario de información propiciará una información diaria más completa y exhaustiva, por lo que siempre y cuando sea posible, debemos respetarlo ya que ello redunda en beneficio de los pacientes y facilita el trabajo de los profesionales.

En fin de semana no se facilitará información médica salvo incidencias o ingresos.

No obstante, si la situación clínica del paciente sufriera modificaciones significativas o existieran causas justificadas que le impidan ajustarse al horario previsto, por favor comuníquelo a su médico e intentaremos ajustarnos a sus necesidades todo lo que nos sea posible.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL 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 - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO CANO FERNANDEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ LAIGLESIA FJ
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
DE LA RICA ESCUIN MARISA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MONCHE PALACIN ANA MARIA
GIRON JORCANO GEMA
OLIVERA GONZALEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para analizar el uso de antibióticos al final de la vida, se ha tomado como punto de partida un grupo de 142 pacientes ya fueron seleccionados previamente (mayo-septiembre 2017) mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016, como pacientes con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas. De estos pacientes se han recogido los pacientes fallecidos en el Hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018 (un total de 85 pacientes).Se está elaborando actualmente la hoja de recogida de datos de estos pacientes fallecidos en el año posterior y con datos añadidos sobre el tratamiento antibiótico en el caso de los pacientes a los que se les prescribieron antibiótico en ese último ingreso. La bibliografía revisada para ello es muy escasa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 60% de los pacientes NECPAL+ fallecieron en el año siguiente al ingreso. El análisis de pacientes con necesidades paliativas, ya previamente seleccionados, nos parece que puede dar mayor valor al análisis que se realice, dada la dificultad que existe para precisar la agonía o el final de la vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el momento actual nos encontramos recogiendo los datos necesarios para la evaluación del proyecto de mejora. Tras la recogida de datos procederemos al analísis de los mismos y, tal y como fue descrito al inicio del proyecto, procederiamos a:
- Difundir los resultados entre los miembros del servicio
- Identificar oportunidades de mejora
- Plantear una estrategia de intervención.
- Difundir las posibles acciones de mejora.
- Evaluar los resultados tras la difusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1235 ========== ***

Nº de registro: 1235

Título
USO DE ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Autores:
CANO FERNANDEZ ALBERTO, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, DE LA RICA ESCUIN MARISA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, MONCHE PALACIN ANA MARIA, GIRON JORCANO GEMA, OLIVERA GONZALEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad cronica avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

PROBLEMA
En planta de Medicina Interna(MI) ingresan frecuentemente pacientes pluripatológicos, de avanzada edad, con enfermedades crónicas en ocasiones muy avanzadas. La estimación del pronóstico del paciente con enfermedad crónica avanzada (demencia, enfermedad pulmonar, cardiaca, hepática, renal, o cáncer en estadios avanzados) es complejo pero esencial, ya que la detección de una situación de enfermedad avanzada terminal determina la necesidad de medidas paliativas(NECPAL) en ese paciente. Existe la percepción de un uso excesivo de terapias que resultan fútiles en el tratamiento del paciente con enfermedad terminal en la práctica clínica y tanto el uso de esta terapia como su no retirada se considera mala praxis médica, la denominada “obstinación terapeútica”.
La limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) en algunos pacientes, como resultado de un proceso de valoración clínica ponderada, es una correcta práctica deontológica (Art.27.2 del Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la OMC). LET es la retirada o el no inicio de medidas terapéuticas de soporte vital que el profesional sanitario estima que son inútiles o fútiles en un determinado paciente, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una mínima calidad de vida. A diferencia de la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar entre otras, la antibioticoterapia (AB) resulta más difícil de encasillar dentro de estas medidas de tratamientos de soporte vital. En la bibliografía actual hay pocos datos que aborden el papel del uso AB al final de la vida
Por otra parte, cada vez es más necesaria la sensibilización sobre el adecuado uso de AB en nuestra práctica diaria, tanto por sus efectos en el paciente, en la aparición de resistencias, el medioambiente y gasto sanitario entre otros.
Hemos considerado que puede tener un gran interés el estudio del uso de AB en el final de la vida, analizando su utilización en los días anteriores al fallecimiento en pacientes ingresados en MI, en situación de enfermedad crónica avanzada terminal. Nos ha parecido lo más idóneo realizar el estudio retrospectivo de los pacientes fallecidos en el hospital, dentro de un grupo de 142 pacientes ya seleccionado previamente (mayo-septiembre 2017) con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016. Del análisis que se realice sobre el uso de AB en la etapa final de la vida de estos pacientes, pueden desprenderse conclusiones que ayuden a la toma de las decisiones más adecuadas para mejorar la atención dispensada, dentro de la buena práctica médica.

RESULTADOS ESPERADOS
Estudiar el uso de la AB previo al fallecimiento en el grupo de pacientes previamente seleccionados en situación de enfermedad crónica terminal, con necesidades de cuidados paliativos en el servicio de Medicina Interna(NECPAL+), y encontrar oportunidades de mejora para la práctica clínica en estos pacientes

MÉTODO
1.- Determinar los pacientes fallecidos en el hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018, dentro del grupo de pacientes previamente seleccionados (NECPAL+).
2.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes en situación de enfermedad terminal que han fallecido en el hospital.
3.- De éstos, determinar los pacientes con tratamiento AB los días previos al fallecimiento.
4.- Determinar la duración del tratamiento AB (fecha de inicio y de retirada).
5.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes con suspensión del AB, previa al fallecimiento
6.- Determinación de pacientes fallecidos con o sin AB, con notificación pronóstica expresa en Historia clínica.
7.- Análisis de datos
8.- Difusión de los resultados entre los miembros del Servicio.
9.- Identificación de oportunidades de mejora.
10.- Planteamiento de estrategia de intervención
11.- Difusión acciones de mejora
12.- Evaluación de los resultados
Se revisrá para ello, los informes electrónicos de exitus, prescripción terapeútica, registros de enfermería en Cacela Care, y la Historia clínica en soporte papel.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+ fallecidos desde mayo 2017 a mayo 2018 (fallecidos en un año/Nº de pacientes NECPAL x 100)
-Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se administre AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con AB/Fallecidos total x100)
-Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se retira AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con retirada deAB/Fallecidos con AB los días previos x100)

DURACIÓN
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha de finalización: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1422

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA 2018

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA OLIVERA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTABARBARA ARILLA CRISTINA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MARCO NAVARRO MARIA JOSE
GRACIA GUTIERREZ ANYULI
CAMON PUEYO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No iniciado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No alcanzados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ninguna por el momento

7. OBSERVACIONES.
Debido a aprobado en OPE de responsable de proyecto y obtención de plaza en otro hospital, no se ha llevado a cabo el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1422 ========== ***

Nº de registro: 1422

Título
PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

Autores:
OLIVERA GONZALEZ SUSANA, SANTABARBARA ARILLA CRISTINA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, MARCO NAVARRO MARIA JOSE, GRACIA GUTIERREZ ANYULI, CAMON PUEYO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODA PATOLOGÍA MÉDICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria. Debido a la valoración individual de la asistencia sanitaria recibida, resulta complejo realizar una medida objetiva de la misma. Existen diferentes metodologías para medir la satisfacción del paciente, siendo una de las herramientas más populares las que se basan en el uso de cuestionarios, tanto autoadministrados a los pacientes como los cumplimentados mediante entrevista personal. Recientemente en nuestro hospital se ha desarrollado un decálogo de los puntos que resultan de mayor importancia para los pacientes ingresados en el HCU.
El objetivo de este proyecto es realizar una aproximación a la percepción que tienen los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de la calidad, sobre todo de los aspectos interpersonales, así como del cumplimiento de decálogo mencionado anteriormente y recientemente difundido en nuestro hospital, pudiendo servir como punto de partida para implementar la atención humana ofrecida a nuestros pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1422

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA 2018

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la percepción de los pacientes ingresados en M. Interna de la atención interpersonal recibida por el personal sanitario en el servicio de M. Interna del HCU "Lozano Blesa".

MÉTODO
Se realizará un estudio observacional descriptivo a lo largo de varios meses, en los que se entregará un autocuestionario al ingreso del paciente, y que de forma voluntaria completarán y entregarán en el momento del alta. Se entregará el cuestionario a un número aproximado de 400 pacientes, realizando posteriormente el análisis estadístico de los resultados. En función de los resultados obtenidos, se espera se derive en una mejora de la atención interpersonal ofrecida a los pacientes y familiares de los mismos.

INDICADORES
- Estándar: se ofrece información veraz (pruebas, tratamiento, ...) a los pacientes y familiares, completa y adecuada.
- Estándar: se informa en un lugar adecuado a los familiares.
- Estándar: se avisó con la suficiencia antelación del día del alta, entregando un informe de alta con explicaciones acerca del mismo.
- Estándar. el personal sanitario es amable y respetuoso con el paciente.
- Estándar: se ha respetado el descanso nocturno.
- Estándar de calidad: tiempo de visitas.

DURACIÓN
- Entrega de autocuestionario: Agosto-Noviembre 2018.
- Análisis de resultados: Diciembre 2018.
- Comunicación de resultados y propuestas de mejora: 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 - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ LAIGLESIA FJ
SIERRA BERGUA BEATRIZ
REIG ARTES MARIA CARMEN
SAN CLEMENTE LABARTA CHARO
GARIJO CAMARA CHARO
HORMA OREJA OIHANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-- Revisión semanal de reacciones adversas en pacientes ingresados en Medicina Interna.
- El periodo de valoración se incluyó las 24hdiarias valorando los turnos y la accesiblidad de los participantes.
- Se incluyeron en una base de datos creada para tal proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se revisaron un total de 224 pacientes. De ellos 6% presentaron reacciones adversas Las reacciones más frecuentes fueron presincope-síncope por fámacos hiptensores, fiebre por flebitis y exantema por metamizol

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Revisión de la medicación administrada a los pacientes ingresados.
- Revisión de las vías periféricas y retirada de las mismas si no utilizadas
- Consideramos que probablemente al ampliar la muestra se pueden detectar más reacciones adversas que quizás no has sido objetivadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1559 ========== ***

Nº de registro: 1559

Título
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
JIMENO SAINZ ARACELI, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, REIG ARTES MARIA CARMEN, SAN CLEMENTE LABARTA CHARO, GARIJO CAMARA CHARO, HORMA OREJA OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco.
La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafio. Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia.
Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos.
Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad.
Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

MÉTODO
- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

INDICADORES
- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

DURACIÓN
Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIERRA BERGUA BEATRIZ
HORMA OREJA OIHAMA
REIG ARTES MARIA CARMEN
SANCLEMENTE LABARTA CHARO
GARIJO CAMARA CHARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Se realizó solicitud a la Dirección Médica del centro, para la realización de estudios de investigación, incluyendo el acuerdo de confidencialidad.

* Enero 2018: Solicitamos permiso a las distintas secciones del servicio de Medicina Interna a través de sus jefes de Sección, para incluir la revisión de las reacciones adversas medicamentosas de los pacientes del Servicio.

* Febrero- marzo 2018 Realizamos revisión bibliográfica.

* Abril 2018 elaboramos protocolo de recogida de datos.

* Mayo-Junio 2018: Revisión en diversas ocasiones dicho protocolo atendiendo a la mayor accesibilidad en la recogida de datos por los componentes del plan de mejora, así como evitar la pérdida de casos en el estudio.

* Julio-agosto 2018: Creación de una base de datos, con objeto de su utilización posterior para el estudio estadístico.

* Septiembre-diciembre 2018: Se decidió hacer un estudio preliminar retrospectivo, con objeto de valorar la situación actúal, así como comprobar la comunicación a farmacovigilancia de Aragón.

Se han utilizado los ordenadores del hospital para la recogida de datos, manteniendo en todo momento la confidencialidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, está en proceso de análisis del estudio preliminar, y de recogida de datos de forma prospectiva

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe una gran motivación por los componentes del equipo, por la trascendencia que creemos que puede tener dicho proyecto, valorando según los resultados, la forma más adecuada de actuar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1559 ========== ***

Nº de registro: 1559

Título
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
JIMENO SAINZ ARACELI, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, REIG ARTES MARIA CARMEN, SAN CLEMENTE LABARTA CHARO, GARIJO CAMARA CHARO, HORMA OREJA OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco.
La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafio.
Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia.
Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos.
Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad.
Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

MÉTODO
- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

INDICADORES
- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

DURACIÓN
Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE PRATS RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABOS OLIVARES DOLORES
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
ANDRES GRACIA ALEJANDRO
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
DELGADO CASTRO MONTSERRAT
FALGAS LACUEVA MARINA
NAVARRO BELTRAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS
- Tumores hematológicos:
Documentos:
Indicaciones PET-TC en Mieloma múltiple
Indicaciones PET-TC en linfoma Hodgkin
Indicaciones PET-TC en linfoma no Hodgkin
Revisadas por la Dra. de la Cueva
o Realizadas y aprobados por el subcomité del HUMS
o En revisión por el Servicio Hematología HCULB

- Cáncer de pulmón:
Documento:
Indicaciones PET-TC en cáncer de pulmón
A. Carcinoma no microcítico de pulmón
B. Carcinoma microcítico de pulmón
C. Otros tumores pulmonares y torácicos
Revisadas por la Dra. Razola
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o En revisión por el subcomité del HMS

- Cáncer de mama
Documento:
Indicaciones PET-TC en cáncer de mama
Revisadas por el Dr. Prats y la Dra. Álvarez
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Melanoma
Documento:
Indicaciones PET-TC en melanoma
Revisadas por la Dra. Delgado
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres urológicos
Documentos:
PET/TC con 18F-Colina en el Carcinoma de próstata
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma renal
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma vesical
PET/TC con 18F-FDG en tumores del tracto urinario superior
PET/TC con 18F-FDG en tumores de pene
PET/TC con 18F-FDG en tumores testiculares
Revisadas por la Dra. Falgas y Dra. De la Cueva
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS

- Cáncer de tiroides
Documentos:
Indicaciones PET-TC en cáncer de Tiroides:
Carcinoma diferenciado de tiroides
Carcinoma medular de tiroides
Carcinoma anaplásico de tiroides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Revisadas por Dr. Prats
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres de cabeza y cuello
Revisadas por el Dr. Navarro
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o Pendientes de remitir al subcomité del HUMS
o Pendientes de remitir al subcomité del HCULB

- Tumores pediátricos
Revisadas por el Dra. de la Cueva
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o En revisión por el subcomité del HUMS
(no hay subcomité en el HCULB)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y redactadas por la Unidad Clínica Multidisciplinaria de Medicina Nuclear de Aragón: 8 de 8 (100%)
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y aprobadas por los respectivos subcomités del HCULB: 4 de 7 (no existe subcomité de tumores pediátricos) (57%)
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y aprobadas por los respectivos subcomités del HUMS: 6 de 8 (75%)

A la vista de estos resultados podemos concluir que nos encontramos por encima del 75% que era el objetivo propuesto para el 2018, primer año de desarrollo del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ASUNTOS PENDIENTES
- Finalizar revisión por parte de los subcomités pendientes
- Presentar indicaciones en subcomités de tumores de cabeza y cuello del HCULB y del HUMS
- Presentar documento final en Comité de Tumores y Unidad de Calidad

Estamos, como queda patente, ante un proyecto sostenible, finalizabe en el plazo indicado y de una indudable repercusión clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1016 ========== ***

Nº de registro: 1016

Título
PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Autores:
PRATS RIVERA ENRIQUE, DE LA CUEVA BORRAO LETICIA, DEGADO CASTRO MONTSERRAT, FALGAS LACUEVA MARINA, NAVARRO BELTRAN PABLO, RAZOLA ALBA PAULA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, TARDIN CARDOSO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El PET-TC es una técnica de diagnóstico por imagen de la especialidad de Medicina Nuclear con alto impacto en áreas como el diagnóstico oncológico, neurología, cardiología y patología infeccioso-inflamatoria. Sus indicaciones han aumentado desde comienzos del siglo actual al crecer la disponibilidad de los equipos y la investigación científica en torno a su eficacia y eficiencia.
Dada la inminente implantación en el Sistema público de salud de la Comunidad Aragonesa, del equipo PET-TC en la Unidad de Medicina Nuclear, es necesario delimitar cuando está indicada la solicitud de la exploración. Basándonos en la demanda actual consideramos necesario optimizar el uso de este equipo y de los recursos disponibles para su puesta en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer las indicaciones de realización de PET-TC basadas en la evidencia científica actual en patología oncológica para optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada (seguridad)

- Consensuar las indicaciones de realización de PET-TC de cada patología con cada uno de los subcomités clínicos responsables.

MÉTODO
- Selección de las patologías que se van a estudiar. De inicio se pretende elaborar las indicaciones que van a ser asumidas por el PET-TC de la UCMHMNA:
  - Tumores hematológicos
  - Cáncer de pulmón
  - Cáncer de mama
  - Melanoma
  - Cánceres de cabeza y cuello
  - Cánceres urológicos
  - Cáncer de tiroides
  - Tumores pediátricos en los que se recomienda PET-TC

- Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas
- Elaboración de documento breve con las indicaciones de cada patología
- Puesta en común en el subcomité pertinente
- Incluir sugerencias de subcomités
- Presentación en el Comité de Tumores

INDICADORES
-Número de documentos realizados/ Número total de procedimientos PET-TC asumidos
2018: 75%
2019: 100%
Evaluación previa a la puesta en marcha del equipo PET-TC

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
Se presentarán los documentos en los diferentes subcomités una vez elaborados y posteriormente a las Unidades de Calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POZO RINCON ALICIA
LOPEZ DOMENECH CONCEPCION
LOPEZ MENDOZA HECTOR
MARECA DOÑATE ROSA
PRIETO ANDRES PURIFICACION
FELIX MARTIN MANUELA
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cumplido la totalidad de actividades previstas para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas de acuerdo al calendario establecido:

1. En cuanto a las actividades "Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento", "Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades" y "Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas", para dar respuesta a las mismas se redactaron los documentos “Rediseño de Procesos de la Consulta de Vacunas” y "Consulta de vacunas - Organización de enfermería", los cuales fueron difundidos entre todos los miembros del Servicio en reunión del Servicio del 20/07/18. Asimismo, se eleboró el documento “Organización de las citaciones de la consulta de Medicina Preventiva” tras reunión entre todos los facultativos del Servicio el 25/10/18.

2. En cuanto a la actividad "Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación y administración de
vacunas", se elaboró el cartel “Los 5 correctos para vacunar de manera segura” cuyo contenido se explicó a todos los miembros del Servicio en reunión del 20/07/18 y se ubicó en la consulta de vacunas desde el 24/07/18.

3. En cuanto a la actividad "Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas", se elaboró un “Registro de errores en la consulta de vacunas”, disponible en formato Excel en el servidor común del servicio desde el 1/08/18, y cuya sistemática de uso fue explicada a todos los miembros del Servicio en reunión del Servicio del 20/07/18.

4. Además, se ha elaborado el díptico informativo “Consulta de Vacunas” que se distribuye a todos los pacientes que, desde el 1/08/18, solicitan cita en la consulta de vacunas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento"
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades"
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas"
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal"
- No se cumplió es estádar (0 casos en cuatro meses) del indicador "Errores de administración de vacunas" (dado que se detectó 1 error de administración en cuatro meses -de agosto a noviembre-)

Los mencionados indicadores se extrajeron del documento “Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública 2018” (en el que se recogen todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora), así como consultando el resgistro Excel de errores de administración de vacunas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Durante el año 2018 se desarrollaron y completaron todas las actividades previstas en este proyecto de mejora.
- Para el indicador “Errores de administración de vacunas” no se consiguió el estándar propuesto de 0 errores en cuatro meses, motivo por el que se ha planificado impartir en el año 2019 la sesión del servicio “Seguridad del paciente en el proceso de vacunación”.
- El cartel que hemos elaborado titulado “Los 5 correctos para vacunar de manera segura" podría ser ubicado en otras consultas de vacunas de otros Servicios de Medicina Preventiva para ser utilizado como herramienta para contribuir a la seguridad del acto vacunal.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/772 ========== ***

Nº de registro: 0772

Título
PROYECTO DE MEJORA "REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS"

Autores:
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO, POZO RINCON ALICIA, LOPEZ DOMENECH CONCEPCION, LOPEZ MENDOZA HECTOR, MARECA DOÑATE ROSA MARIA, PRIETO ANDRES PURIFICACION, FELIX MARTIN MANUELA, AIBAR REMON CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la consulta de vacunas del Sº de Medicina Preventiva y Salud Pública se implementan los diferentes programas de vacunación de pacientes en situaciones especiales, según sus diagnósticos y tratamientos específicos.
Para el desarrollo de dicha actividad y con criterios de efectividad y seguridad, hasta el momento actual un médico y un diplomado universitario en enfermería pasan conjuntamente la consulta.
Dado que parece existir un criterio general en el SALUD y en el centro de diferenciación de consultas médicas y de enfermería, se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:
- Adecuación a las sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro
- Gestión eficiente de recursos humanos
- Distribución de actividades según estamento
- Competencias del personal
- Seguridad en el proceso de vacunación

RESULTADOS ESPERADOS
- Rediseñar el proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento y los flujos de los pacientes desde que solicitan la atención hasta que son dados de alta en la consulta
- Establecer los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas y las actividades a desarrollar.
- Elaborar un listado de verificación encaminado a la mejora de la seguridad de la actividad relacionada con la prescripción y administración de las vacunas.

MÉTODO
El plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas incluye:
1. Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
2. Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
3. Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
4. Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación ya dministración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
5. Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

INDICADORES
- Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (sí/no)
- Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (sí/no)
- Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (sí/no)
- Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal (sí/no)
- Errores de administración de vacunas (0 en cuatro meses)

Los mencionados indicadores para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

DURACIÓN
- Febrero-Marzo: Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento.
- Abril-Mayo: Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Junio: Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas.
- Julio: Elaboración de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal y de un Registro de errores de administración de vacunas.
- Agosto-Noviembre: Implementación de las medidas anteriores
- Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y número de errores de administración de vacunas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YAGUE ALVAREZ PILAR
LAGUIA MARTIN PILAR
MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER
MARECA DOÑATE ROSA
LOPEZ MENDOZA HECTOR
FELIX MARTIN MANUELA
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión del Sistema de Vigilancia de la IN Vigente: (SI)
• Se ha revisado el sistema y las actividades relacionadas, y comparado con otros sistemas actualmente vigentes o definidos en nuestro entorno, fundamentalmente con las propuestas/proyectos definidos para crear un Sistema de Vigilancia de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria a nivel nacional (consenso del CISNS). Como resumen de la información encontrada y principales puntos a debatir, se ha elaborado un documento (REVISIÓN DEL PROCESO DE VIGILANCIA-CONTROL DE IN) fechado en abril de 2018.
• A partir de dicha revisión, se ha realizado una reunión específica con todos los facultativos del Servicio (abril de 2018), en la que se han debatido y valorado las diferentes opciones existentes. A raíz de dicha reunión se decide repartir entre los facultativos del Servicio la labor específica de elaborar propuestas específicas de los principales ámbitos de la Vigilancia y Control de la IN (Vigilancia General de la IN; Infección de Localización Quirúrgica; Gérmenes Multirresistentes; Bacteriemias; EPINE; UCI).
• Se han elaborado documentos específicos de esas 6 áreas de Vigilancia y Control de la IN por diferentes facultativos del Servicio. En febrero de 2019 está pendiente realizar la revisión conjunta de estas propuestas (tanto una primera por parte de los facultativos, como una posterior con el personal de enfermería).
• Por parte del personal de Enfermería, se ha realizado también un proceso de revisión y documentación de las tareas relacionadas con la vigilancia y control de la IN.

Adaptación de los Sistemas de Registro de IN: (PARCIAL)
• Tras los primeros problemas identificados en la Base de datos de registro de la IN, se ha creado una nueva base de datos en ACCESS que simplifica y facilita el proceso de registro de la IN.
• Durante 2018 se ha coincidido en el tiempo con otros dos proyectos nacionales para registro de IN: a nivel nacional el “Proyecto WASPSS”, coordinado por la AEMPS y que pretende pilotar una plataforma-sistema de información que facilite el trabajo de los PROA de Hospital y la Vigilancia de IN. Aunque se inició a finales de 2017, el proyecto ha avanzado muy lentamente y en febrero de 2019 no está implantado. Por otra parte, durante el segundo semestre de 2018 el Grupo autonómico “IRASPROA” ha iniciado un proyecto para registro de la Infección de Localización Quirúrgica que sea común para todos los hospitales del SALUD y sus Servicios de Medicina Preventiva; tras una primera versión “de prueba” disponible en diciembre de 2018, no hay todavía versión definitiva ni disponible para su uso cotidiano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual: COMPLETO. Hay un documento general escrito, así como otros documentos específicos de las diferentes áreas de la Vigilancia y Control de la IN.

Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación: PARCIAL. Hay varios documentos elaborados en versión de borrador, pendientes de su revisión conjunta y elaboración definitiva.

Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia: INCOMPLETO. Aunque se han modificado algunas cuestiones del Sistema de Vigilancia (como la base de datos específica de registro de IN), no es definitivo ni está completo.

Evaluación final y adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos: NO REALIZADO. Pendiente de la implementación completa del nuevo Sistema de Vigilancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión y reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección Nosocomial es un proceso especialmente complejo y dependiente de muchos factores (organizativos, personales, de recursos informáticos, etc.). Actualmente no hay uniformidad entre los diferentes sistemas vigentes (tanto a nivel local entre los diversos hospitales del SALUD, como a nivel nacional entre aquellas CCAA que tienen sistema específico propio). Tampoco las propuestas actuales de Vigilancia y Control de la IN de Ministerio de Sanidad – CISNS se han logrado implementar en ningún ámbito.
El que no exista un modelo que esté implementado de forma amplia muestra la dificultad de encontrar un sistema válido y fácil de poner en marcha. Al mismo tiempo, la coexistencia de diferentes propuestas de ámbitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

nacionales y autonómicos dificulta el proceso de elegir un modelo concreto.
La escasez de recursos (informáticos, humanos, etc.) dificulta al mismo tiempo implantar nuevas propuestas, que ofrecen mayor utilidad pero exigen más carga de trabajo.
El proceso por tanto demuestra ser "una carrera de fondo" en la que será necesario implicarse durante al menos otro año (2019) y contar con mayor apoyo de otros niveles implicados (Regionales y Nacionales).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/956 ========== ***

Nº de registro: 0956

Título
REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Autores:
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, YAGUE ALVAREZ PILAR, LAGUIA MARTIN PILAR, MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER, MARECA DOÑATE ROSA MARIA, LOPEZ MENDOZA HECTOR, FELIX MARTIN MANUELA, AIBAR REMON CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global desde hace muchos años.
Hay una situación cambiante en el mundo de la vigilancia y control de la Infección Nosocomial: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; el desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc.
A nivel institucional además hay una tendencia clara que pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales (en teoría de todas las IRAS – Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria – pero centrado en la infección de origen nosocomial). Por un lado el Ministerio de Sanidad, ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo – Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional).
Por todo ello, se hace necesario revisar y reestructurar el actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, para adaptarnos a las líneas de trabajo autonómica y nacional, y para optimizar los recursos humanos limitados actuales.
Se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones:
- Situación epidemiológica cambiante, con aparición de gérmenes multirresistentes de alta trascendencia epidemiológica.
- Existen documentos y protocolos, en parte en fase de borrador, que marcan las áreas prioritarias en la Vigilancia de las IRAS
- Alta carga de trabajo y situaciones de presión puntual sobre el personal de enfermería del SMPySP, asociadas a situaciones de sobrecarga asistencial y a recambio del personal (tanto propio como de las unidades de hospitalización) sin suficiente planificación, formación ni supervisión.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:
- Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, para identificar las áreas más prioritarias de acuerdo a las líneas definidas por el MSSSI y el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse.
- Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

MÉTODO
Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:
1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN existentes comparados con los planteamientos nacionales y autonómicos.
2. Identificación de aquellos procesos más prioritarios y actualmente factibles con los recursos disponibles en nuestro servicio.
3. Redacción de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
4. Implementación de los cambios.
5. Evaluación de resultados (aplicabilidad real de los procesos definidos).

INDICADORES
Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.
Objetivos e Indicadores:
- Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN: Documento de priorización de los procesos de Vigilancia de IN. (SI/NO/PARCIAL)
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse: Documento de identificación de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados, y cambios precisos para su implementación. (SI/NO/PARCIAL)
- Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten: Manual de definición de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados. (SI/NO/PARCIAL)

DURACIÓN
- Marzo-Abril: Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual.
- Abril-Mayo: Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación.
- Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
- Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos. Evaluación anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUELA FELIX MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO LATORRE ARACELI
HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD
LAGUIA MARTIN PILAR
PAESA GARZA MARIA CRUZ
PEREZ BENDICHO PEÑA
PRIETO ANDRES PURIFICACION
TEJERO TOMAS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades Fecha prevista, según el proyecto presentado Fecha de realización
1. Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque quirúrgico
Realizado el 11/01/2019
Aprobado en la Comisión de Dirección: 5/02/2019
Difusión a los profesionales En 2019

2. Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección de Hemodinámica. fecha prevista Marzo-Abril 2019. En curso

3. Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede. Según consultas de los servicios y unidades

Se ha atendido todas las consultas planteadas. Se ha credo 6 nuevos grupos de trabajo (uno por cada tipo de material especifico, o zona).

En cada consulta, se han difundido por escrito . Se han hecho sesiones y talleres de Limpieza y desinfección, productos en uso. En las Unidades de enfermería.

4. Indicar y difundir sobre las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las indicaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos.
- Indicaciones generales
- Indicaciones especificas

Indicaciones generales:
En julio de 2018, se han elaborado las indicaciones de los materiales y equipos sanitarios. Han colaborado los servicios de Electromedicina y M. Preventiva.
Estaba previsto para Septiembre de 2018.

Indicaciones especificas:
Se ha establecido la dinámica de trabajo en colaboración con el Servicio de Electromedicina, para dar las Indicaciones especificas, según el tipo de equipo y material sanitario.

5. Indicar y difundir sobre los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las indicaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios.

- Indicaciones generales
- Indicaciones especificas Indicaciones generales:
Mayo-Junio 2018
Se ha dado la indicaciones y dinfundido en la wed de M. Preventiva
En Mayo 2018.
Productos/Indicaciones Uso - intra2hcuz.hcuz.es

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS DESARROLLADOS EN EL AÑO:
1. Protocolo de limpieza y desinfección de suelos y mobiliario del Bloque quirúrgico
Elaborado
2. Protocolo de limpieza y desinfección de suelos y mobiliario de Hemodinámica
En proceso
3. Protocolo de Limpieza y desinfección de alto nivel de la sonda transductora vaginal-rectal.
Elaborado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

4. Establecer las normas de limpieza y desinfección de equipos teniendo en cuenta las normas de mantenimiento y seguridad de los mismos. Difusión.
Elaborado
5. Disponer de información (procedimientos, fichas técnicas y de seguridad) sobre limpieza y desinfección en el medio sanitario en la pagina web del SMPySP y facilitar la información sobre limpieza y desinfección en el medio sanitario a todos los usuario del HCU y del Sector Zaragoza III
Elaborado en mayo 2018,
En proceso. Se debe actualizar en 2019. Está pendiente de resolver el nuevo concurso de productos de limpieza y desinfección 2019.
6. Se ha atendido a todas las demandas respecto a limpieza y desinfección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado por el Equipo de mejora ha sido el mínimo necesario, según ha ido avanzado el proyecto durante 2018. Hay que destacar el gran esfuerzo por la falta de tiempo de los profesionales, ya que, hay que dedicar tiempo y asumirlo sin dejar de hacer las actividades diarias de cada uno de los componentes.

Este gran proyecto, solo se puede conseguir por el interés mostrado por los profesionales implicados y con el apoyo de la Dirección, a la que se ha solicitado su colaboración para implantar nuevas practicas de limpieza y desinfección (LyD) que requieren de nuevos productos.

La atención a las consultas sobre higiene limpieza y desinfección de los materiales sanitarios ha requerido el crear nuevos grupos de trabajo,
específicos en cada caso, lo que indica la complejidad de los aparatos y equipos que se utilizan en el medio sanitario y el riesgo de transmitir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) a los pacientes.

Si los procesos de Ly D, no se realizan según las indicaciones (tipo de material, contacto con el paciente y producto indicado).

Las revisiones de los procedimientos y practicas de LyD, que se están llevando a cabo permite observar que tenemos una amplia posibilidad de mejora.

Para realizar este gran proyecto, se requiere constancia, mantener la coordinación, el apoyo de la Dirección y la colaboración de los profesionales que atienden a los pacientes. Continuar esta línea de trabajo supondrá minimizar los riesgo de IRAS para los pacientes.
"Algo tan sencillo como la LyD, no puede ser tan difícil de alcanzar".

En 2018, se ha coordinado un total de 6 grupos de trabajo. Es necesario continuar con el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1044 ========== ***

Nº de registro: 1044

Título
HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Autores:
FELIX MARTIN MANUELA, CALVO LATORRE ARACELI, HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD, LAGUIA MARTIN PILAR, PAESA GARZA MARIA CRUZ, PEREZ BENDICHO PEÑA, PRIETO ANDRES PURIFICACION, TEJERO TOMAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema importante para los pacientes que las padecen y para el sistema sanitario.
El último estudio EPINE (Prevalencia de infección nosocomial de España), indica que entre un 5% - 10% de pacientes hospitalizados desarrollan este tipo de infección.
La limpieza y desinfección de suelos, superficies y, en especial, de los materiales sanitarios que contactan con los pacientes, se considera una medida necesaria para evitar la trasmisión de infecciones a los pacientes.

Contar con equipos de vigilancia, prevención y control de las infecciones; programas de higiene, limpieza y desinfección del entorno sanitario y de los materiales y equipos médicos son herramientas clave para disminuir las IRAS.

Las tareas de limpieza y desinfección las pueden realizar diferentes profesionales de los centros sanitarios: personal de limpieza, de enfermería u otros profesionales Se requiere la coordinación entre ellos y sus responsables.

La magnitud y gravedad de las IRAS en los pacientes, el alto coste de los equipos médicos, la detección de prácticas incorrectas en técnicas de limpieza y desinfección, y la demanda de formación del personal sanitario en esta área hace que nos planteemos si son adecuados los procesos de limpieza y desinfección que se están realizando en estos momentos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de higiene, limpieza y desinfección de suelos, superficies de zonas críticas u otras si procede: Bloque quirúrgico, Hemodinámica…
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de limpieza y desinfección de materiales y equipos médicos.
- Atender a las consultas de higiene, limpieza y desinfección de material sanitario y equipos.
- Conocer si las prácticas que se están realizando son efectivas y seguras de acuerdo a las recomendaciones establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Electromedicina.
- Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.

MÉTODO
- Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico
- Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección en la Unidad de Hemodinámica.
- Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las prácticas de limpieza y desinfección que se están realizando y mejorarlas, si procede.
- Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos, y difundirlas a los profesionales implicados.

- Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios, y difundir la información a los profesionales implicados.

INDICADORES
Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico SI
Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. SI
Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades.SI (>80%)
Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.SI (>80%)
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados.SI (>80%)

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados.SI (>80%)

DURACIÓN
Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico. Octubre-Noviembre 2018

Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. Mayo 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Atención a la demanda Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.Atención a la demanda
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados.Indicaciones generales:
Septiembre 2018
Indicaciones especificas: Respuesta a las consultas

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados.
Indicaciones generales:
Septiembre 2018
Indicaciones especificas: Respuesta a las consultas

OBSERVACIONES
Líneas estratégicas: Mejora de la práctica asistencial, eficiencia, prevención y control de las IRAS, seguridad de pacientes y adecuación de recursos.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL BENITO RUESCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL TOMAS JOAQUINA
CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
VITORIA AGREDA ASUNCION
SANCHEZ YANGÜELA ELENA
BELTRAN ROSEL ANTONIO
CAMEO RICO MARIA ISABEL
KHALIULINA TATIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Verificación de datos demográficos del paciente
- Introducción “homologada” de los datos demográficos
- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2018 se ha conseguido una reducción del gasto de 78084 euros
Se consideraron improcedentes o innecesarias 6493 pruebas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Está acción permite:
La disminución del gasto sanitario
Utilización eficiente de las pruebas empleadas en el diagnóstico microbiológico
Disminución de la carga de trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/289 ========== ***

Nº de registro: 0289

Título
DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Autores:
BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, VITORIA AGREDA ASUINCION, SANCHEZ YANGÜELA ELENA, BELTRAN ROSEL ANTONIO, CAMEO RICO MARIA ISABEL, KHALIULINA TATIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

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

PROBLEMA
El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.

Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e improcedentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuira a la reducción del gasto sanitario. Hasta ahora se ha conseguido una reducción aporoximada de 60000 € anuales, desde la implantación del programa.

MÉTODO
El sistema implica:

- Verificación de datos demográficos del paciente en la ventanilla de la UCL o en la fila de espera:
- Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
- Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.

- Introducción “homologada” de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:

- Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi (“El”, antes del apellido o tras el nombre), etc.
- Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
- Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócopes, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
- Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás.
- El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
- Forma de utilización del campo comentarios (no utilizarlo para expresiones como “embarazo confirmado no deseado” que van contra la intimidad de la paciente, y definir para qué datos conviene utilizarlo).

Y que debería ser utilizado por los administrativos de la UCL (en general del hospital) y en la elaboración de las etiquetas para a los impresos del paciente.

- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.

- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

INDICADORES
- Recuento de las pruebas rechazadas.

- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

DURACIÓN
Años 2018 y 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0294

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALGARATE CAJO SONIA
BENITO RUESCA RAFAEL
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE
PERERA LERIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-SE VALIDARON INFORMES PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.
2- SE FORZÓ LA IMPRESIÓN DE DICHOS INFORMES EN LAS IMPRESORAS DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO.
3-LOS RESULTADOS DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI CENTRAL SE INFORMARON TELEFÓNICAMENTE A TRAVES DEL BUSCA 710566. LA INFORMACIÓN DEL RESTO DE PACIENTES, SE COMUNICO TELEFÓNICAMENTE AL FACULTATIVO PETICIONARIO O BIEN A LA PERSONA RESPONSABLE DEL GRUPO PROA HEMOCULTIVOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-TOTAL HEMOCULTIVOS SOLICITADOS: 1500
-POSITIVOS: 219
-PACIENTES CON HEMOCULTIVO POSITIVO:91
-INFORMES PRELIMINARES HEMOCULTIVOS POSITIVOS: 131 (59,8%)
-INFORMES PRELIMINARES DE LOS PACIENTES CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS 88 (96,7%)
-INDICADOR > 50% DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS
LA INFORMACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS CONTRIBUYE AL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DEL PACIENTE INGRESADO EN UCI AÚN CUANDO LA PRUEBA NO ESTÉ TERMINADA Y PUEDE IR SEGUIDA DE UNA ACTUACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PACIENTE.
RESULTADOS OBTENIDOS DE MODULAB

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONSIDERAMOS IMPORTANTE INFORMAR A LOS CLÍNICOS DE LOS RESULTADOS QUE VAMOS OBTENIENDO EN LABORATORIO, MÁS AUN CUANDO LOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN NO ESTAR TERMINADOS HASTA PASADOS UNOS DÍAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/294 ========== ***

Nº de registro: 0294

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, ALGARATE CAJO SONIA, BENITO RUESCA RAFAEL, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE, PERERA LERIN ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con Bacteriemia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0294

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actuación dirigida a informar resultados positivos que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aún cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS
En 2017 se enviaron informes preliminares del 55,55% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 100% de los pacientes con hemocultivos positivos.
Esperamos conseguir resultados similares durante este año

MÉTODO
Realizamos los siguientes informes preliminares:
- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación
- Cultivos con resultados significativos
- Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.

En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva

INDICADORES
35% de los hemocultivos positivos con informe preliminar
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 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 - 2018/0442

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA ALGARATE CAJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
SERAL GARCIA CRISTINA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE
PERERA LERIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizar un informe preliminar de negatividad en hemocultivos de pacientes pediátricos a las 72 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han recibido 317 hemocultivos de pacientes pediátricos de los cuales 297 fueron negativos.Se informaron preliminarmente un total de 263 (88,56 % de los hemocultivos negativos a las 72 horas).
El 91,19 % de los hemocultivos procedentes de neonatología han sido informados preliminarmente a las72 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hemocultivos se incuban durante 5 días antes de ser informados como negativos. Hemos incluido en nuestro protocolo la elaboración de informes negativos a las 72 horas para adaptarnos a los protocolos nacionales e internacionales de diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/442 ========== ***

Nº de registro: 0442

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Autores:
ALGARATE CAJO SONIA, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, SERAL GARCIA CRISTINA, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE, PERERA LERIN ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes pediátricos que no precisan tratamiento antibiótico tras descartar bacteriemia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los hemocultivos de pacientes pediátricos son informados de forma preliminar a las 72 horas cuando estos son negativos. Esta acción orienta a la suspensión del tratamiento antibiótico siempre que se cumplan los criterios clínicos, analíticos y microbiológicos

RESULTADOS ESPERADOS
En 2017 se enviaron informes preliminares en el 80,39% de los hemocultivos negativos de los pacientes pediátricos tras 72 h de procesamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0442

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

MÉTODO
En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación

INDICADORES
80% de los hemocultivos negativos pediátricos con informe preliminar a las 72 h.
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 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 - 2018/0488

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
BELTRAN ROSEL ANTONIO
SANCHEZ YANGÜELA ELENA
FRESNEÑA FRIAS BELEN
KHALIULIANA TATIANA
CONDADO CONDADO HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio como método de identificación. Se adelanta el informe de resultado al menos 24h. Se introduce el resultado de identificación en una prueba llamada preliminar y se valida 24h antes de que esté el antibiograma

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 83% de los resultados positivos fueron informados con un informe preliminar. Se procesaron 7223 coprocultivos el año 2018. De ellos resultaron positivos 710 (9.8%) y fue posible informar preliminarmente 597 coprocultivos (83.94% de los positivos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los coprocultivos que no pueden ser informados preliminarmente son los del fin de semana por no haber facultativo que los valide.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/488 ========== ***

Nº de registro: 0488

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

Autores:
SERAL GARCIA CRISTINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, BELTRAN ROSEL ANTONIO, SANCHEZ YANGÜELA BELEN, FRESNEÑA FRIAS BELEN, KHALIULINA TATIANA, CONDADO CONDADO HECTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
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
Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar informes preliminares al obtener el resultado positivo para adelantar el resultado al menos 24h. Todos los coprocultivos positivos por cultivo se informan en una prueba preliminar antes de tener el resultado definitivo y el antibiograma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0488

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

MÉTODO
En cada caso se elabora el informe especificando “informe preliminar” y se procede a la validación

INDICADORES
80% de los coprocultivos positivos con informe preliminar a las 72h. Se obtiene a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN
1 enero-31 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 - 2018/0875

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la actualidad los volantes de petición de hemocultivos positivos, junto con una copia de los resultados se guardan en archivadores en el laboratorio de Microbiología a pesar de que los resultados están disponibles en el programa informático MODULAB. El motivo fundamental es evitar que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, presencia de dispositivos, antecedentes microbiológicos, números de teléfono a través de los que se ha informado a los facultativos etc..
En 2018 hemos digitalizado estos documentos (volantes y resultados) con la finalidad de que fueran mas accesibles y no ocuparan espacio físico, pudiendo prescindir del papel en caso de que la Dirección del Hospital lo considere oportuno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 01 junio al 31 diciembre 2018 se documentaron 1126 Hemocultivos positivos pertenecientes a 486 pacientes. Escaneándose el 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es una practica rápida, cómoda y permite la accesibilidad a los documentos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/875 ========== ***

Nº de registro: 0875

Título
CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Autores:
VIDAL GALINDO MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Conservación de la información de los hemocultivos positivos
El laboratorio de microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de los pacientes tanto hospitalizados como extrahospitalarios.
La información, debe ser conservada, no solo para ser recuperada siempre que sea necesaria, sino además porque en ocasiones, es seguida de actuaciones preventivas y asistenciales por parte de las comisiones hospitalarias, de los servicios asistenciales y de las autoridades sanitarias.
La legislación española según el Artículo 17.1 de la Ley 41/2002 de 14 noviembre, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condicio¬nes que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el sopor¬te original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Además, en su¬puestos especiales cuando existan razones epi¬demiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0875

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legisla¬ción vigente. Los sistemas de información del laboratorio deben ser capaces de almacenar y preparar estos datos para su posterior análisis.
La misión del Servicio de Microbiología del H.C.U. Lozano Blesa es el diagnóstico de las enfermedades infecciosas a partir de muestras clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital y de pacientes atendidos en consultas externas, consultorios y centros de salud pertenecientes al Sector III de Zaragoza.
A pesar de que la información queda registrada informáticamente una vez validados los resultados y finalizado el proceso asistencial, los volantes de solicitud junto con las anotaciones del facultativo y una copia del informe remitido al médico peticionario son archivados en carpetas por tiempo indefinido en un espacio destinado a aspectos administrativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

MÉTODO
Scaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados.
Conservacíon en archivos digitales

INDICADORES
100% de hemocultivos escaneados
Documentacion disponible en el Servicio de Microbiología

DURACIÓN
01/06/2018 al 31/12/2018

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 - 2018/0645

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO IÑIGO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LIPE RAFAEL
RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN
BERNI WENEEKERS ANA
MARTIN AZARA PILAR
PEÑA PORTA JOSE MARIA
GAMEN PARDO ANGEL
VERNET PERNA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades que se llevaron a cabo durante 2018 cumplieron los calendarios marcados y que venían guiados por los plazos del concurso.
Los pacientes candidatos fueron informados del traslado de Unidad y los criterios de selección, estando de acuerdo la totalidad de los mismos.
Se procedió al cambio del transporte de los mismos
Ha habido que realizar gestión de procesos nuevos tales como transporte de muestras biológicas, servicio de lavanderia y hostelería para esta Unidad
Se solicitó la contratación de un FEA para cubrir la puesta en marcha de la Unidad a medio nivel de funcionamiento. También fue necesaria la incorporación de un celador para aquella Unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Unidad está funcionando como se había previsto, al 50% de su capacidad. El objetivo era ese, las primeras sesiones fueron con pocos pacientes que iban creciendo en número hasta que a la semana estábamos ya a ese pleno rendimiento (recuerdo que en esta fase pleno rendimiento se refiere al 50% del total).
La nueva Unidad funciona totalmente de forma informatizada sin papel, y esta conectada al menos para control de datos con la Unidad del HCU Lozano Blesa
la Unidad de aguas ha funcionado sin ninguna complicación cumpliendo los estandares de la Sociedad Española de Nefrología
Se realizan controles de Anticoagulantes de forma rutinaria sin desplazamiento de muestras en la propia Unidad y se dispone de análisis para las determinaciones urgentes de valores como potasio, hemoglobina etc.
Los pacientes crónicos son atendidos en consultas de crónicos de hemodiálisis como se venía haciendo en la Unidad hospitalaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha de la Unidad ha supuesto una mejora técnica y de calidad para el equipo médico, equipo de enfermería y pacientes de nuestro Sector.
Se están realizando sesiones de hemodiálisis con la mejor calidad técnica que hay en el mercado a un coste inferior al actual en la Unidad hospitalaria y por debajo del coste del concierto de diálisis con unidades externas
La persona (FEA Nefrologia) que se encarga de la Unidad también se incorpora algunos días a la Unidad del HCU Lozano Blesa y esos días es sustituida allí por otros compañeros para integrar dicho FEA en el Servicio
El número de pacientes que temporalmente requieren del uso de nuestra Unidad por complicaciones ha crecido respecto a lo habitual en nuestra antigua Unidad
Queda pendiente como proyecto de mejora la puesta en marcha al 100% y la re-estructiuración de la Unidad hospitalaria, que requieren de ampliación de plantilla médica y de personal de enfermería y auxiliares.
La Unidad se ha convertido en la Unidad de formación de otras nuevas Unidades de españa habiendo recibido en tan solo 6 meses las visitas de 4 Servcicios nacionales que requieren de nuevas instalaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/645 ========== ***

Nº de registro: 0645

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Autores:
IÑIGO GIL PABLO, ALVAREZ LIPE RAFAEL, RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN, BERNI WENEEKERS ANA, MARTIN AZARA PILAR, PEÑA PORTA JOSE MARIA, GAMEN PARDO ANGEL, VERNET PERNA PATRICIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0645

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Unidad actual de Hemodiálisis del HCU Lozano Blesa requiere de una transformación pues desde que se diseñó está dimensionada y estructurada de forma provisional. Hay un déficit de puestos de HD en la sanidad pública que obliga a concertar esta prestación fuera de nuestras instalaciones. En caso de necesidad de alguno de los grandes centros de HD en Aragón no hay plazas suficientes para remplazarlos

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ampliar los puestos de HD de nuestro Sector (útiles para el resto de Sectores en caso necesario) sin depender de convenios externos
2. Modernizar conforme a lo requerido en las Normativas la Unidad de HD de nuestro hospital en las instalaciones del IJ
3. Disminuir el coste de la HD (precios por debajo del convenio con el proveedor externo)
4. Dar un Servicio de Calidad a nuestra población con ERC terminal que requiere Tratamiento Renal Sustitutivo en nuestro Sector con unas instalaciones acordes a la nefrología actual y con menor efecto hospitalario que el actual

MÉTODO
Se han realizado incontables reuniones entre Dirección, Especialistas Médicos, Enfermería para poner en marcha un Proyecto de esta envergadura.
Se ha transmitido a los pacientes el Proyecto, al que sólo serán trasladados aquellos pacientes cuyas condiciones genrales permiten Diálisis en un Centro Extrahospitalario, quedando aquellos casos que requieren cuidados especiales en la Unidad Hospitalaria

INDICADORES
1. Funcionamiento superponible al de la Unidad actual, exceptuendo las técnicas de Nefrología Intervencionista, la Unidad de Agudos, HD del Mieloma y HD en pacientes especiales que quedarán en la Unidad Hospitalaria
2. Unidad de Aguas y Concentrados tal y como funciona en la Unidad Hospitalaria con los mismos estándares que marca la Sociedad Española de Nefrología y las Sociedades Internacionales
Control de todas las variables a controlar clásicas en los pacientes en HD (KtV, PCR, Parámetros de serie roja, Metabolismo fosfo-cálcico, control d einfeccines por catéter, etc, excatamente igual a los parámetros de protocolo de la Unidad actual)

DURACIÓN
1. Puesta en marcha de la instalación, monitores, unidad de agua, sistemas informáticos.
Febrero- Mayo2018
Responsables Dr Alvarez Lipe, Dr Iñigo Gil, Dra Berni Weneekers, Supevisora de Enfermería
2. Inicio de traslado de pacientes
Junio- Julio 2018
Toda la plantilla médica y enfermería
Para el turno de mañana y tarde de Lunes-Miércoles-Viernes
3. Fases posteriores a partir de 2019

OBSERVACIONES
El Proyecto es de una envergadura tal que es imposible ser esquematizado en el espacio diseñado. Por ello se han minimizado muchísimas cuestiones importantes en el desarrollo del proyecto en aras de un mejor entendimiento del mismo

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRIADO MAINAR MARIA CARMEN
TELLO SANCHO MATILDE
GARCIA LANZAN MARIA JOSE
PEREZ VALLE RAQUEL
TOBIAS RUIZ ELVIRA
ALVIRA MATEO FRANCISCA
SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comienza el proyecto haciendo un análisis de la situación de partida.
Paciente en tratamiento renal sustitutivo con terapia de hemodiálisis tres veces por semana, presenta múltiples úlceras en ambas EEII, en diferentes estadíos de evolución, en el que se confirma por biopsia cutánea la presencia de calcifilaxis.
Se comienza con la toma de diversas muestras para establecer estudio microbiológico para valorar la posible sobre infección de las heridas a tratar.
Se establece un calendario de curas después de cada sesión de hemodiálisis, es decir tres veces por semana y para ello se cuenta con los recursos personales de la plantilla de enfermería de la unidad y con los recursos materiales que dispone el hospital, siguiendo este calendario hasta conseguir la curación de las úlceras.
Se inicia el protocolo de curas establecido para conseguir la epitelización de las úlceras por calcifilaxis.
Se comienza con la administración intravenosa de Tiosulfato sódico al 20% al finalizar cada diálisis.
Se ha ido haciendo un seguimiento semanal mediante fotografías de las diversas úlceras para ir contrastando la evolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consigue la epitelización total de las úlceras por calcifilaxis de nuestro paciente.
Se alcanza a través de la consecución de los diferentes indicadores establecidos: diversos cultivos microbiológicos de las úlceras, estudios de portador y ante la aparición de gérmenes multirresistentes aislamiento del paciente hasta negativizarlo, siempre consensuado con el servicio de Medicina Preventiva del hospital, facilitar la analgesia previa a la cura y monitorizar el dolor con escala EVA en cada sesión y como último indicador conseguir mantener el buen estado nutricional de nuestro paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valorando que la úlcera por calcifilaxis presenta un 80% de morbimortalidad por el riesgo de infección y de necrosis es vital el hecho de tratar estas heridas y conseguir su curación.
Muy importante vigilar cualquier herida que pueda indicar la formación de úlceras, y detectarlas con prontitud para iniciar diagnóstico y tratamiento con la mayor rapidez posible, ayudando así a evitar la infección y la necrosis.
Junto con este paciente surgieron tres casos nuevos de pacientes en la Unidad de diálisis con calcifilaxis, dos de ellos en las EEII y el tercero diagnosticado en el pene.
En el momento de esta valoración final de la memoria ya estaba concluido el proyecto, informando de ello en el seguimiento del programa de calidad.
En la actualidad seguimos trabajando con los pacientes que se diagnosticaron a posteriorí.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1134 ========== ***

Nº de registro: 1134

Título
TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Autores:
SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR, CRIADO MAINAR MARIA CARMEN, TELLO SANCHO MATILDE, GARCIA LANZAN MARIA JOSE, PEREZ VALLE RAQUEL, TOBIAS RUIA ELVIRA, ALVIRA MATEO FRANCISCA, SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La calcifilaxis también conocida como artiriolopatía urémica calcificante (AUC), es una importante causa de morbimortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis con una prevalencia entre el 1% y el 4%.
Su patogenia es compleja y se relaciona con varios factores de riesgo, parece que el medio urémico es adecuado para su desarrollo, aunque también esta descrita en pacientes con función renal normal.
Clínicamente cursa con isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo, secundarias a la calcificación, fibrodisplasia de la íntima y trombosis de pequeñas
arteriolas dermoepidérmicas.
Histológicamente es específica y se caracteriza por depósitos de calcio en pequeñas arterias
Tiene mal pronóstico con una mortalidad del 32% en lesiones distales y de un 63% en lesiones proxiales,relacionada generalmente con una sepsis generalizada.
Ante un incipiente aumento de pacientes en la unidad de diálisis, con úlceras en extremidades inferiores, detectamos la necesidad de incidir en el cuidado y tratamiento de estas ulceras.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnosticar la calcifilaxis.
- Epitelización total de la úlcera de los pacientes.
- Control del dolor.
- Prevenir la infección.
- Mantener sus sesiones de diálisis.

MÉTODO
Hacer cultivos de las úlceras, para conocer el punto de partida.
- Sí los cultivos son negativos, curar al paciente al finalizar la sesión de diálisis fuera de la unidad, en la consulta de enfermería.
- Sí los cultivos son positivos investigar si son portadores de algún germen multirresistente,en cuyo caso se aislará por contacto al paciente del resto que están en sala .
- Analgesia previa a la cura de la úlcera.
- Después cura de la úlcera . Esta dependerá de la situación de cada úlcera el estadio y la fase en que se halle.
- Utilizaremos : desbridante enzimático y sí fuera necesario desbridante mecánico, hidrogel,bactericidas, apósitos secundarios, espumas, alginatos y cuando esté en la fase de granulación, activadores del crecimiento que promuevan la proliferación de fibroblastos con producción de colágeno y angiogénesis que ayudan a la formación de tejido de granulación, para conseguir su posterior cicatrización. Cuidado de la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados tópicos.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
Trabajaremos todo esto a través de una persona, en este caso, la supervisora que canalizará la información y mediante la supervisión de cada caso irá indicando las pautas a seguir, pudiendo hacer un seguimiento contínuo y personalizado.

INDICADORES
- Cultivo de la úlcera.
- En caso de aparecer un germen multirresistente, cultivo de portador, y si procede aislamiento del paciente.
- Analgesia previa a la cura de la úlcera, monitorizar el dolor.
- Conseguir la epitelización total de la úlcera.
- En caso de haber sido portador de algún multirresistente negativizarlo.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
- Mantener un buen estado nutricional.

DURACIÓN
La duración será desde la presentación de este proyecto hasta fin del 2018.
La duración de las curas vendrá determinada en cada caso particular, haciendo una estimación que oscila entre media hora y cuarenta y cinco minutos.
La responsable de la implantación del proyecto será la supervisora de la unidad de diálisis Carmen Criado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Será la encargada de evaluar la situación inicial, coordinar las actividades a realizar en cada caso y comunicar al resto de personal cuales son las acciones a desarrollar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0517

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO JARQUE JOSE PABLO
TELLER JUSTE PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El planteamiento propuesto inicialmente para la consecución del objetivo, incluía la realización de consultas ambulatorias de patología del sueño por la tarde mediante la creación de un módulo MAC para el Dr, Herrero, que finalmente no se pudo materializar por problemas administrativos.
Se creó una Consulta semanal de resultados para el Dr. Herrero en horario de mañana.
Se ha aumentado el número de poligrafías domiciliarias realizadas a 872 (652 en 2017).
Se ha aumentado el número de registros de poligrafía domiciliaria leídos semanalmente con la participación de otros miembros del Servicio que dedican parte de la jornada diaria a esta actividad.
Se ha aumentado el número de visitas para resultados de poligrafías domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Lista de Poligrafías pendientes de realizar a 31-12-18 era de 362 (725 en 2017) por lo que se ha alcanzado el objetivo 1 de reducir a menos de 500 los estudios en lista de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha alcanzado el objetivo de reducción de poligrafías en lista de espera. Sin embargo será necesario mantener la mayor actividad de lectura de las poligrafías para evitar demoras en la entrega de resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/517 ========== ***

Nº de registro: 0517

Título
REDUCCION DE LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, TELLER JUSTE PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
A fecha 31 de diciembre de 2017 existen para realizar 725 estudios de sueño poligráficos, lo que hace que la demora para realizar los estudios considerados normales sea de alrededor de 3 años y estudios preferentes de 1 año. La demora para estudios denominados “plus” es de 1 a 3 meses.

Creemos que es necesario aumentar el número de estudios domiciliarios, pero esto requiere de más tiempo para corregirlos y para dar el resultado da los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0517

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Reducir a la mitad la lista de espera de poligrafías nocturnas.

Reducir el tiempo de espera para realización de poligrafía nocturna a un año para los estudios normales y a 5 meses para los preferentes.

MÉTODO
La presencia de consultas de tarde para completar jornada con módulos predeterminados (MAC) permitirá ver pacientes de patología de sueño por la tarde y destinar más tiempo de la jornada laboral normal a informar las poligrafías y dar resultados a pacientes.

Realizar 3 poligrafías por día de forma ambulatoria de lunes a viernes y 2 poligrafías al día de forma hospitalaria de lunes a jueves.

INDICADORES
INDICADOR 1: < 500 poligrafías en lista de espera.

INDICADOR 2: Tiempo de espera para estudios normales menor de 1 año y preferentes menor de 6 meses.

ESTANDAR: 95% de las peticiones de poligrafía realizadas en los tiempo establecidos.

DURACIÓN
Inicio primer trimestre 2018.

Al mes se solucionarán unas 92 poligrafías, recortando a final de año a la mitad la lista de espera.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0518

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El planteamiento propuesto inicialmente para la consecución del objetivo, incluía la realización de consultas ambulatorias de patología del sueño por la tarde mediante la creación de un módulo MAC para el Dr, Herrero y el Dr. Costán, que finalmente no se materializó por problemas administrativos.
Se aumentó el número de pacientes portadores de CPAP revisados en la Consulta de Trastornos Respiratorios de Sueño (NMLTRS).
En el momento actual no hay datos definitivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Muy avanzado pero sin resultados o con resultados parciales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de datos finales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/518 ========== ***

Nº de registro: 0518

Título
REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, TELLER JUSTE PABLO, PEREZ TRULLEN ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Existen en buzón de consulta de Trastornos Respiratorios del Sueño (TRS), a fecha 31 de diciembre de 2017; 1107 pacientes pendientes de revisar en un periodo menor a un año de carácter normal. Son pacientes bien adaptados al dispositivo CPAP y sin pruebas añadidas a las revisiones.

En el caso de poder contar con tres neumólogos para jornadas de tarde (MAC); se podrían revisar alrededor de 40 pacientes semanales, unos 1200 al año, con lo que se conseguiría mantener las prescripciones de CPAP al día y disponer de más tiempo en las consultas de jornada laboral de mañana para manejo de pacientes complejos y de resultados de pruebas solicitadas desde la consulta de TRS.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener las revisiones segumimiento de pacientes con prescripción de CPAP al día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0518

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Mejorar la atención a pacientes con terapias respiratorias domiciliarias con problemas más complejos.

MÉTODO
Consultas de tarde para revisión de pacientes en tratamiento con CPAP.
Consulta MAC tardes Dr. Teller. Ya existente.
Consulta MAC tarde Dr. Costán. Nueva creación.
Consulta MAC tarde Dr Herrero. Nueva craeción.

Citación de pacientes en tratamiento con CPAP para revisión. Unos 39 pacientes semanales.

INDICADORES
INDICADOR: Pacientes portadores de CPAP revisados en los tiempos establecidos.

ESTANDAR: 90 % de pacientes se les revisa en el periodo de tiempo de un año como mínimo.

DURACIÓN
Creación de consultas Dr, Herrero y Dr. Costán en primer trimestre de 2018.
Organización de agenda de citas.

Evaluación finales 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 - 2018/0520

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ BONAGA MARIA
HERRERO JARQUE JOSE PABLO
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS
GRACIA AGUELO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha completado el contenido del díptico para pacientes en tratamiento con Oxígeno domiciliario y parcialmente el diseño gráfico del mismo.

Se encuentran en proceso los dípticos para pacientes en tratamiento con CPAP y VMNI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos no alcanzados. Se hab comenzado a realizar algunas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos planteamos completar el proyecto durante el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/520 ========== ***

Nº de registro: 0520

Título
REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS, GRACIA AGUELO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Según datos facilitados por la empresa gasística ETH, a lo largo de 2017 se iniciaron en nuestro Sector 790 terapias de oxígeno, 420 de nebulizadores de bajo flujo, 335 CPAP, 45 autoCPAP y 90 BiPAP.

Tan sólo en el caso de CPAP, a los pacientes se les entrega información escrita describiendo el equipo. En el resto de terapias no se entrega ninguna información a los pacientes por parte del médico prescriptor, tan sólo, como es el caso del oxígeno o BiPAP o Nebulizadores, el volante de prescripción con el teléfono de contacto de la empresa proveedora, es luego la empresa la que entrega información a los pacientes.

Desde el Servicio de Neumología creemos necesario crear un documentos sencillo para cada una de las terapias en donde conste información sobre los equipos, beneficios esperados con el uso, posibles complicaciones con sus soluciones y preguntas más frecuentes que acarrean las TRD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0520

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la información de los pacientes en tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias.

Aportar información sencilla y comprensible sobre:
-Uso correcto de los dispositivos.
-Características básicas de los equipos de TRD.
-Objetivo del tratamiento y beneficios que se esperan del mismo.
-Posibles riesgos y problemas realcionados y su solución.
-Preguntas frecuentes.

MÉTODO
Crear una hoja informativa (Díptico) para los pacientes de las siguentes terapias domiciliarias:

- Oxigenoterapia domiciliaria
- CPAP
- Aerosolterapia-Nebulizadores
- Soporte Ventilatorio No Invasivo (VMNI)

Entregar la correspondiente información a los pacientes a los que se prescriba alguna de estas terapias domicilarias.

INDICADORES
INDICADOR: Díptico creado para las TRD más demandas:
- Oxígenoterapia domiciliaria.
- CPAP
- Nebulizadores
- Soporte Ventialtorio No Invasivo.

ESTANDAR: 85 % de los pacientes que inician una TRD reciben el soporte de información específico para la misma.

DURACIÓN
Reunión de equipo y asignación de tareas en primer trimestre 2018.

Diseño de los documentos durante segundo trimestre.

Validadción de los documentos, autorización e impresión en tercer trimestre.

Inicio de entrega efectiva en cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0350

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA ISABEL SANCHEZ VALIENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSTA DIAGO ELENA
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado una base de datos con todos los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa. La Base se diseño en Enero 2018 y se fue implementando durante todo el año 2018, de manera que los pacientes se iban incorporando a la misma según iban siendo atendidos en la consulta. A fecha diciembre de 2018 se ha registrado el 100% de pacientes de la consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los dos indicadores elegidos fueron: 1/ Elaboración de la base de datos de los pacientes de la consulta de trastornos del Movimiento: SI
2/ Porcentaje de pacientes incluidos en la misma: 100%
La base de datos se encuentra custodiada por el equipo así como su implementación y registro. El grupo de mejora de la Calidad del Servicio de neurología constató a final de 2018 la elaboración de la base y el porcentaje de pacientes incluidos.
Se registraron 359 pacientes, de los cuales 263 (73,2%) son pacientes diagnosticados de Enfermedad de Parkinson.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conocimiento del numero de pacientes atendidos, así como los principales diagnósticos de los mismos, nos ha aportado una idea de la complejidad de la consulta, de cara a planificar la gestión de misma y las necesidades presentes y futuras.
Durante el año 2019 seguiremos incluyendo los pacientes nuevos y excluyendo los que sean dados de alta, para valorar el crecimiento anual de la consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/350 ========== ***

Nº de registro: 0350

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Autores:
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL, BELLOSTA DIAGO ELENA, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En septiembre de 2017, tras la jubilación del anterior responsable, me hice cargo de la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa.

En ese momento, desconocía tanto el volumen real de pacientes en seguimiento, como las características de los mismos, diagnósticos, etc, lo cual, como es lógico, dificulta sobremanera la correcta gestión de la consulta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0350

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Por otra parte, hasta septiembre de 2017, las citas de los pacientes no estaban centralizadas en el Servicio de citaciones del HCU Lozano Blesa, sino que se gestionaban directamente por el anterior responsable, de forma que al jubilarse éste, desconocíamos con exactitud el número real de pacientes pendientes de cita, etc.

Al tratarse de una consulta en la que se atienden pacientes con patologías crónicas y evolutivas que requieren un seguimiento especializado de por vida, el volumen de pacientes atendidos es no solo muy elevado, sino también creciente. De hecho, muchos de estos pacientes se encuentran en seguimiento desde hace más de 20 años.
La correcta gestión de una consulta médica, requiere como criterio preliminar, el conocimiento del volumen de pacientes atendidos y características de los mismos.
Una vez conocido este parámetro, podremos no solo evaluar mejor la situación actual con el consiguiente interés epidemiológico y asistencial, sino también inferir el ritmo de crecimiento del número de pacientes, para poder predecir necesidades futuras
Bibliografía: Guía clínica de gestión de consultas externas en Atención Especializada (INGESA)

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento garantizando la confidencialidad de la misma
2. Implementación de la misma con el 100% de los pacientes atendidos registrados

MÉTODO
Elaborar e implementar una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de trastornos del movimiento, por parte de los miembros del equipo de mejora de la misma, que serán responsables de su custodia y manipulación para garantizar la confidencialidad.
Los datos obtenidos de la misma se tratarán de forma agrupada.

INDICADORES
Indicadores
1. Elaboración de la base de datos delos pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento: SI/NO
2. Implementación de la base: Porcentaje de pacientes incluidos en la misma
Evaluación:
A final de 2018, desde el grupo de mejora de la Calidad del Servicio de Neurología se constatará la elaboración de la base de datos y el porcentaje de pacientes incluidos

DURACIÓN
Desde 1/1/2018 hasta 31 de 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 - 2018/0367

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS TEJERO JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CRISTINA
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se organizó la modificación del calendario de consulta para crear los huecos pertinentes
Se notificó a Citaciones el cambio de organización para modificación de agenda
Se definieron los criterios de acceso a la consulta específica
Se realizó difusión entre los neurólogos del servicio, urgencias, y servicios potencialmente derivadores (Oftalmología, Medicina Interna, Radiología Intervencionista, Angiología y Cirugía Vascular, Neurocirugía, Cardiología, Nefrología, Endocrinología).
Criterios de derivación establecidos y consensuados
Se definió el Intervalo entre la realización de los diferentes estudios neurosonológicos en dependencia del perfil clínico / neurosonológico
En todos los pacientes se procedió a un informe estandarizado en HPDoctor que se entregó al paciente a la finalización de la consulta.
Información al paciente del cambio en la organización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Número de pacientes incluidos en el programa
Durante el año 2018 se ha atendido a un total de 695 consultas, con un total de 626 pacientes nuevos, de los que a 69 se les realizó una segunda valoración durante ese mismo año
• Número de consultas evitadas
Se estimó que se habían reducido 833 consultas (evitando una segunda consulta clínica en todos los pacientes nuevos y pasando de 3 a 1 en las revisiones.
• Pacientes satisfechos con la medida
Se ofreció a cada paciente la posibilidad de mantener el tipo de organización de consultas previo. Todos lo rechazaron, aceptando el cambio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está satisfecho con la consecución de objetivos.
Estamos trabajando para adecuar la oferta de consulta a la demanda, de manera que no se creen demorar excesivas.
Ha sido necesario aumentar el número de pacientes atendidos por día.
El tipo de consulta ofrece la posibilidad de participar en proyectos de valoración y seguimiento de riesgo vascular multidisciplinar y se está trabajando en ese sentido con otras especialidades

7. OBSERVACIONES.
no

*** ========== Resumen del proyecto 2018/367 ========== ***

Nº de registro: 0367

Título
CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Autores:
TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: ICTUS
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0367

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

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

PROBLEMA
El seguimiento de los pacientes con patología carotidea crónica se realiza tanto en consultas de Neurología general ubicadas en el centro de especialidades de Inocencio Jiménez como en las consultas de Neurovascular del HCU. Al paciente se le solicita el estudio neurosonológico desde la consulta, se le cita en neuronsonología y posteriormente otra vez en la consulta para recibir el resultado.

RESULTADOS ESPERADOS
Cita directa de los pacientes con patología carotidea crónica, evitando la cita del paciente en la consulta de Neurovascular o en la de Neurología general, para solicitar el estudio neurosonológico y su posterior nueva cita para recoger el resultado.
Se enmarca dentro de las acciones encaminadas a mejorar la atención al ictus. Además está incluida dentro de las líneas estratégicas del SALUD y de la atención a tiempo.

MÉTODO
-Organizar la cita de Neurosonología que ha pasado a depender del servicio de Citaciones. A pesar de ello el neurólogo responsable coordina la citación de los pacientes ingresados.
-Definir los criterios de acceso:
-Criterios de derivación
-Intervalo entra la realización de los diferentes estudios neurosonológicos

-Realización de informe estandarizado en HPDoctor de todos los pacientes que cumplen los criterios de acceso.
-Información al paciente del cambio en la organización.
-Posibilitar la realización de nuevas actividades (ingreso, necesidad de AngioTAC etc), en el caso que se considere adecuado

INDICADORES
Número de pacientes incluidos en el programa
Número de consultas evitadas
Pacientes satisfechos con la medida

DURACIÓN
Se inicia en 2018 y se mantendrá de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0368

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA.ESTRATEGIA IRASPROA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAÑO PARDO JOSE RAMON
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL
GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
JOSA CARMEN
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO
SIERRA MONZON JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se sigue utilizando el Check list en la actividad en planta en los pacientes con ictus que presentan fiebre. Se incluyen los datos en una base de datos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado es la homogeneización del manejo del paciente con ictus y síndrome febril, ya que se siguen las pautas de diagnóstico y tratamiento indicados en el protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva, ya que el protocolo obliga a plantearse la mejor opción para el paciente, la limitación de exploraciones complementarias en pacientes que no lo requieran así como evitar el uso de antibióticos cuando no sean necesarios realmente

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con la misma dinámica de manejo y atención a los pacientes con ictus y fiebre

*** ========== Resumen del proyecto 2018/368 ========== ***

Nº de registro: 0368

Título
VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA ESTRATEGIA IRASPROA

Autores:
PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Las infecciones en los pacientes hospitalizados unido al uso no adecuado de los antibióticos están generando problemas de salud en todos los hospitales, no solo por el aumento de las resistencias bacterianas sino también por el incremento en la morbi-mortalidad de los pacientes. Debido a estos motivos es fundamental mejorar la prevención, diagnostico y tratamiento de las infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia y optimizar el uso de antibióticos en los pacientes con Ictus.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0368

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA.ESTRATEGIA IRASPROA

MÉTODO
-Puesta en marcha del grupo de trabajo
-Elaboración de un documento de actuación
-Puesta en marcha del documento de actuación en los pacientes con ictus
-Recogida de datos

INDICADORES
% de pacientes en los que se ha utilizado el documento de actuación.
% de pacientes en tratamiento antibiótico en los que se ha indicado el motivo de uso.

DURACIÓN
Año 2018 para la puesta en marcha en los pacientes ingresados en el área de ictus, con extensión del uso durante el año 2019 al resto de los pacientes ingresados en Neurología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0373

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA SANTOS LASAOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES REDONDO MOISES
LOPEZ BRAVO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se diseñó un modelo de consentimiento informado (fecha de elaboración 20/4/2018) que ya figura en el Intranet del hospital y que firman en la consulta monográfica de cefaleas (NRLCEF) y en la consulta de toxina (NRLTOX) todos los pacientes antes de ser tratados con Onabot A por migraña o neuralgia del trigémino

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Firman el documento el 100% de los pacientes que reciben tratamiento con onabotulinumtoxinA en la consulta de cefalea y de toxina del Servicio de Neurología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este documento implementa el modelo anterior de consentimiento informado que no contemplaba el tratamiento con onabotA en pacientes con neuralgia del trigémino refractaria. El equipo de mejora valora de forma positiva disponer de este documento en nuestra práctica clínica asistencial

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/373 ========== ***

Nº de registro: 0373

Título
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Autores:
SANTOS LASAOSA SONIA, GARCES REDONDO MOISES, LOPEZ BRAVO ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: derechos de los usuarios

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

PROBLEMA
Desde 2011 se han publicado 5 ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, en los que se ha administrado una dosis única de toxina botulínica (25-75 U) en pacientes con neuralgia del trigémino (NT) clásica y con un periodo de seguimiento de 8 semanas a 3 meses. El ensayo de mayores dimensiones ha sido el de Zhang et al, en el que se aleatorizaron 84 pacientes en 3 brazos para recibir placebo (28 pacientes), dosis de 25 U (27 pacientes) y dosis de 75 U (29 pacientes). A las 8 semanas la tasa de respondedores fue del 32, 70 y 86%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos tratados en relación con la dosis. Las principales reacciones adversas, comunicadas también por otros autores, fueron la asimetría facial, la debilidad en la masticación y la ptosis palpebral, todas ellas de carácter leve y transitorio.

La recomendación en el documento de consenso publicado en NEUROLOGIA es utilizar onabotA en pacientes con NT clásica farmacorresistente, a una dosis de 25-75 U, a razón de 2,5-5 U por punto, separados 15 mm, en el área dolorosa El mapa de infiltración se puede ampliar a puntos gatillo de la cavidad oral. La dosis deberá

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0373

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

ajustarse en función de la superficie que se va a infiltrar, la aparición de efectos secundarios y la respuesta del paciente. Se debe valorar la posibilidad de infiltrar algunos puntos de la hemifacies contralateral para reducir la probabilidad de asimetría facial. Si bien no hay estudios concluyentes en cuanto a la periodicidad del tratamiento, parece razonable establecer un periodo mínimo de doce semanas entre ciclos.

En la Consulta monográfica de Cefaleas se valoran de forma habitual pacientes con NT clásica fármacorresistente y NT secundaria en contexto de pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva que pueden beneficiarse de este tratamiento. Es por ello que consideramos indicado disponer en nuestra práctica clínica de un modelo de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxinA tanto en migraña crónica como en NT.

RESULTADOS ESPERADOS
Diseño de un modelo conjunto de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxinA tanto en migraña crónica como en NT.

MÉTODO
Crear el grupo de trabajo.
Elaborar un modelo de consentimiento informado en consonancia con la Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema de salud.
Obtener la aprobación de la Unidad de Calidad del centro.
Incluir en la historia clínica El modelo de consentimiento informado firmado por el paciente y el médico que va a realizar la técnica (tanto en migraña crónica como en NT).

INDICADORES
Número de pacientes sometidos a esta técnica en los que se constata la existencia del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado.

DURACIÓN
Se inicia en 2018 y e mantendrá de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE CARLOS ROCHE BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOS LASAOSA SONIA
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
OCON BRETON JULIA
COSTAN GALICIA JOAQUIN
GARCIA ALVAREZ ELENA
RODRIGUEZ MENA DIEGO
VENTURA FACI TIRSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado e implantado un equipo multidisciplinar para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El grupo está formado por miembros de los Servicios de Neurología, Neumología, Digestivo, Neurofisiología, Rehabilitación y Medicina Física, Psiquiatría, Endocrinología y Nutrición y Enfermería de Neurología.

Se ha tratado de la realización mediante una única visita hospitalaria periódica de la atención médica por las diferentes especialidades implicadas en el manejo directo de esta patología. Se han realizado pruebas diagnósticas o complementarias, tales como pruebas funcionales respiratorias, un estudio electrofisiológico en la primera visita o en aquellos casos que requieran una segunda prueba a lo largo del seguimiento por dudas en el diagnóstico, un estudio nutricional y cribado de desnutrición empleando el método MUST (Malnutrition Universal Screening Tool o herramienta de cribado de desnutrición) que incluye parámetros como el índice de masa corporal, la pérdida involuntaria de peso y la ingesta nutricional, un screening de disfagia mediante el método EAT-10 (Eating Assessment Tool, o herramienta de evaluación de la disfagia),la realización de un método de exploración clínica volumen-viscosidad para detectar alteraciones en la seguridad y eficacia de la deglución en aquellos pacientes con riesgo de disfagia, la colocación de una sonda de gastrostomía cuando los requerimientos nutricionales necesarios no han podido ser cubiertos a través de la vía oral, una valoración y plan integral de rehabilitación desde el diagnóstico, una evaluación del deterioro funcional bien a través de escalas genéricas o específicas y en concreto la escala ALSFRS-R en cada visita y finalmente una actuación desde la unidad de psicosomática para la atención de los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes afectos de ELA. Las revisiones han sido realizadas en función de las necesidades de cada paciente, con recomendaciones generales bi-, trimestrales

Se ha elaborado de forma conjunta un procedimiento de manejo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica que actualmente está en proceso de revisión por la Unidad de Calidad del Hospital.

Se ha elaborado una base de datos confidencial y acceso restringido para el registro de todos los pacientes incluidos en el programa de mejora que incluye las principales variables clínicas y epidemiológicas que se actualiza con los ingresos periódicos.

También se ha realizado como parte del proyecto de mejora, una encuesta en el Servicio de Neurología con respecto al conocimiento del Documento de Voluntades Anticipadas de los pacientes con ELA y la constatación en la base de datos de aquellos pacientes que lo hubiesen realizado.

Se ha mantenido una estrecha colaboración entre los Servicios anteriormente señalados para el aviso de los ingresos programados y de las actuaciones previsibles necesarias. Este proceso se ha dirigido desde el Neurólogo gestor del caso, quien programaba las visitas periódicas.

En todas las visitas se ha realizado un informe de alta por parte del Servicio de Neurología, con informes Anexos de los distintos Servicios participantes en la actuación médica, para facilitar la comunicación con Atención Primaria.

El programa se ha ajustado al calendario previsto, de tal forma que ya antes de junio de 2018 se había puesto en marcha el equipo multidisciplinar, se había elaborado en la segunda mitad del año 2018 el procedimiento de manejo, y la comunicación actual del proceso en el mes de febrero de este año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

- Número de pacientes incluidos en el proyecto. Se han incluido 14 pacientes en el proyecto. Dos pacientes no han formado parte del proyecto tras la consideración médica y del paciente con el apoyo de sus familiares dada su actual situación sociosanitaria. Índice 88%.
- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo. Índice 100%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados. Índice 7%.

Estos indicadores no tienen estándares consensuados en guías clínicas. No obstante, consideramos índices de cumplimiento muy adecuados. En concreto, el porcentaje de pacientes que se han incorporado al programa cercano al 90% se considera razonablemente elevado considerando la no idoneidad, dada la situación terminal en algunos de los pacientes, por el escaso beneficio del ingreso hospitalario. El índice de informe de alta para Atención Primaria es el máximo alcanzable. Con respecto al tercer indicador, el porcentaje menor al 10% se ajusta a la previsible descompensación generalmente respiratoria de la patología.

Los objetivos del proyecto han sido ampliamente alcanzados como han sido la constitución del grupo de trabajo multidisciplinar, fomentar la atención de un punto de vista coste-eficaz, aumentar el grado de satisfacción percibido por pacientes y familiares/cuidadores, adherencia completa de los pacientes, manejo precoz del riesgo de disfagia y desnutrición, manejo precoz de insuficiencia respiratoria con realización en todas las visitas de pruebas funcionales respiratorias, fomentar la investigación clínica y terapéutica con la planificación de un proyecto de cribado y validación de escalas internacionales para la detección de deterioro cognitivo, y una primera comunicación con el biobanco de tejidos de Aragón sobre la disponibilidad de su uso para el estudio genético de los pacientes que así lo deseen.

En concreto, a lo largo de este último año en el grupo de pacientes con ELA, en dos de ellos se ha colocado una sonda de gastrostomía, en dos pacientes se ha iniciado la ventilación mecánica no invasiva y han fallecido dos pacientes por la historia natural de la enfermedad. En un paciente se ha detectado un antecedente familiar con ELA (7%) que es equiparable a la literatura disponible que indica que entre el 5 y 10% de los pacientes con ELA presentan un familiar de primer o segundo grado (ELA familiar).

Queremos destacar cuatro fuentes de información en los que se ha basado la implementación del proyecto de mejora:

- Chio A, Bottachi E, Buffa C, et al. Positive effects of tertiary centres for amyotrophic lateral sclerosis on outcome and use of hospital facilities. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2006; 77:1258-61.
- Van den Berg JP, Kalmijn S, Linderman E, et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. Neurology 2005;65: 1264-7.
- Zoccolella S, Begh E, Palagano G, et al. ALS multidisciplinary clinic and survival. Results from a population-based study in Southern Italy. J Neurol 2007;254: 1107-12.
- Miller RG, Brooks BR, Swain-Eng RJ, et al. Quality improvement in neurology: amyotrophic lateral sclerosis quality measures: report of the quality measurement and reporting subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2013; 81:2136-40.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el principal objetivo del proyecto que era mejorar la atención médica de los pacientes con ELA, facilitando los desplazamientos y optimizando la comunicación entre los diferentes servicios médicos implicados para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, como así lo demuestran las guías y la evidencia científica disponible, ha sido alcanzado. En este sentido, el Quality Measurement and Reporting Subcommitte of the American Academy of Neurology determina un conjunto de objetivos para la evaluación de la calidad en la mejora de la atención de los pacientes con ELA que incluye una estrategia de atención multidisciplinar para optimizar las terapias disponibles como son los fármacos que han demostrado prolongar la supervivencia (riluzol), la utilización de gastrostomía y de ventilación mecánica en aquellos pacientes con indicación, y enfatiza sobre la recomendación de la realización de una visita aislada. Además del beneficio en la mejora de la calidad de vida e incremento de la supervivencia, el modelo de asistencia multidisciplinar permite optimizar los recursos sanitarios.

Como actividades pendientes destacamos: 1) la aprobación del procedimiento hospitalario para una mejor difusión hospitalaria de las recomendaciones clínicas de este proceso asistencial, 2) la necesaria implementación de planes de información dirigido a los especialistas implicados, a los médicos de atención primaria y a los pacientes sobre la disponibilidad y recomendación de la cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas para optimizar la fase final de la enfermedad, que actualmente no tiene cura, para mantener la dignidad y calidad de vida y adecuar la voluntad y autonomía de los pacientes en el proceso final de la vida. Con respecto a este punto hay que incidir en la necesidad de una discusión precoz y abierta sobre las decisiones que previsiblemente tendrán lugar en la etapa última de la enfermedad, 3) puesta en marcha de herramientas de cribado de deterioro cognitivo en estos pacientes. Hay que considerar que en muchas ocasiones estos síntomas pueden pasar desapercibidos entre otros síntomas, de mayor expresión clínica inicial, como la debilidad motora o la limitación en las funciones respiratorias, deglutorias y fonadoras.

La sostenibilidad de este modelo creemos que puede replicarse y continuarse en nuestro centro hospitalario potenciando y promoviendo la experiencia de los diferentes participantes del grupo en el manejo de la patología neuromuscular. El programa de mejora se mantendrá de manera indefinida. Finalmente consideramos, en la medida de los recursos disponibles, mejorar las interconexiones del equipo con otros miembros como pudieran ser especialistas en cuidados paliativos, psicólogos y asistencia domiciliaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1177 ========== ***

Nº de registro: 1177

Título
IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Autores:
ROCHE BUENO JOSE CARLOS, SANTOS LASAOSA SONIA, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, OCON BRETON JULIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, GARCIA ALVAREZ ELENA, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GRACIA PELIGERO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las neuronas motoras, que se presenta de forma generalmente esporádica con una incidencia aproximada a 1/500.000 habitantes y año. La supervivencia media es de 3 años. Hasta en un 35% de los pacientes se constata un deterioro cognitivo que alcanza criterios de demencia de perfil frontotemporal en un 15% del total.
Actualmente no se dispone de un tratamiento curativo, por lo que el objetivo principal de los profesionales sanitarios es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable.
La movilidad reducida de los pacientes que conlleva la enfermedad junto con la complejidad en la toma de decisiones de las diferentes intervenciones médicas hace necesario un abordaje completo en una única visita periódica hospitalaria que incluya a las diferentes especialidades implicadas: neurología, neumología, endocrinología y nutrición, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social, cuidados paliativos, neurofisiología y digestivo entre otras. Se ha demostrado que la asistencia multidisciplinar es la medida más eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de estos pacientes.
Estas visitas regulares hospitalarias deben adecuarse en tiempo a las necesidades particulares de los pacientes, realizándose idealmente en el mismo día todas las pruebas requeridas para evitar desplazamientos innecesarios.
Todo lo anterior debe quedar recogido en un documento clínico al alta por parte del Servicio de Neurología para una adecuada coordinación con Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar un grupo de trabajo multidisciplinar enfocado en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Fomentar una atención coste-eficaz (realizando las pruebas necesarias y ajustadas al tipo de paciente, evitando pruebas innecesarias y en momentos inadecuados)
- Obtener una buena adherencia de los pacientes
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares/cuidadores
- Detectar y manejar precozmente el riesgo de disfagia y desnutrición
- Detectar y manejar precozmente la debilidad de la musculatura ventilatoria
- Detectar el posible riesgo de trastornos cognitivos y del ánimo.
- Facilitar los circuitos para el acceso a los recursos que precisan los pacientes
- Favorecer la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, aportando la información progresiva, honesta y anticipada sobre las necesidades futuras tanto médicas, sociales, asistenciales y vitales en función de la evolución de los pacientes
- Obtener una base de datos fiable, confidencial y reproducible de la población diana
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MÉTODO
- Realizar una asistencia multidisciplinar a toda la población diana en una visita hospitalaria única.
- Evaluación regular por parte de los Servicios de Neurología, Neumología, Rehabilitación y Endocrinología y Nutrición
- Realización de pruebas funcionales respiratorias el día de la estancia
- Evaluación funcional basado en la escala ALSFRS-R en cada visita

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Cálculo de índice de masa corporal realizado en cada visita
- Evaluación por otros Servicios en función de las necesidades individuales.
- Realización de un informe único al alta por parte del Servicio de Neurología (“gestor del caso”) para facilitar la comunicación con Atención Primaria.
- Desarrollo de un protocolo hospitalario de manejo en paciente con ELA

INDICADORES

- Pacientes incluidos en el programa.
- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo.
- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha de inicio del protocolo: Julio-Agosto de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

OBSERVACIONES
Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 10/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA
BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL
CIA BLASCO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 5 reuniones desde el inicio del Proyecto.
En las reuniones se han manifestado las necesidades de cada Servicio que conforma la Unidad (ginecología, urología, cirugía, rehabilitación y anestesia) para llevar a cabo la puesta en marcha de dicha Unidad.
Se están creando documentos de consulta de acuerdo con todos los miembros de la Unidad para que las pacientes sean valoradas y tratadas de una manera más uniforme y sentando los puntos clave de exploración y pruebas complementarias para cada tipo de patología.
En estos momentos en punto clave de la Unidad es la Rehabilitación del Suelo Pélvico. Se va a dotar de un espacio que cumpla los requisitos de intimidad e higiene para la realización personalizada de dicha rehabilitación y se va a introducir en cartera de servicios la electroestimulación y biofeedback, contando así del material necesario. En estos momentos la responsable de la Rehabilitación del Suelo Pélvico es la Dra. Concepción Opic con la colaboración de la Dra. Isabel Bergua (la Dra. Ana Martínez en estos momentos no forma parte de la Unidad debido a que se encuentra en el Hospital de Barbastro tras los traslados recientes)
Se han discutido en las sesiones casos complejos para poder contar con la opinión de todos los especialistas.
Han sido realizadas 7 cirugías conjuntas Ginecología – Urología para casos complejos de Incontinencia Urinaria
Se ha planteado 1 caso complejo de prolapso de cúpula y componente posterior conjuntamente Ginecología – Cirugía precisando cirugía por ambos Servicios.
Desde el Servicio de Ginecología se ha puesto en marcha un proyecto para mejorar el seguimiento de los desgarros perineales postparto formando parte de este proyecto y colaborando en el diagnóstico y rehabilitación el Servicio de Cirugía
Desde el Servicio de Anestesia y formando parte de la Unidad del Dolor, el Dr. Cía colabora con la Unidad y aportó las variedades de tratamientos que puede aportar para la mejoría del dolor pélvico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Utilización de la hoja de evaluación común: en proceso. Hoja realizada pendiente de aprobar por la Unidad.
- Creación de documentos informativos comunes: en proceso. Varios documentos ya están realizados y accesibles en Intranet pero la intención es de ampliación del número de documentos.
- Reuniones realizadas al año: 5 reuniones realizadas.
- Unificación de Criterios: en proceso. Se están creando hojas de consulta comunes para la unidad.
- Cirugías interdisciplinares realizadas: 8.
7 realizadas por Ginecología - Urología y 1 realizada por Ginecología – Cirugía

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental para un Hospital terciario como es nuestro Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” la existencia de una Unidad de Suelo Pélvico.
Las disfunciones del Suelo de la Pelvis engloban múltiples patologías que deterioran en gran medida la calidad de vida de nuestras pacientes y que ocupan gran parte de nuestras consultas, por ello es importante disponer de facultativos con amplio conocimiento en el tema que formen parte de Unidades Multidisciplinares. Estas unidades favorecen el diálogo y conocimiento sobre casos complejos pudiendo tener a las mejores técnicas terapéuticas.
Las reuniones periódicas de la Unidad son un punto clave ya que de esta manera todos los miembros de la Unidad conocemos la situación y necesidades de cada Servicio que la forma pudiendo colaborar todos en su mejora.
El futuro próximo de la Unidad es la creación de hojas de consulta comunes para las patologías más frecuentes tratadas en la Unidad como son la Incontinencia Urinaria, la Incontinencia Fecal y el Prolapso de Órganos Pélvicos. Progresivamente la intención es de una mayor facilidad de colaboración entre Servicios para mejorar la atención de nuestras pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/478 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Nº de registro: 0478

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, CIA BLASCO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Patología coloproctorectal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: mejora de la calidad de vida de la paciente con disfunciones del suelo pélvico

PROBLEMA
Siendo el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" un hospital terciario de servicio público y que atiende a un amplio sector de población, y si realmente pretendemos mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad con programas preventivos y asistenciales, y contamos con una estructura suficiente, está más que justificada la existencia de una UNIDAD DE SUELO PÉLVICO.
Puede que no sea una necesidad prioritaria para nuestro Hospital contar con una Unidad de Suelo Pélvico. Pero si ya contamos con una asistencia ginecológica y urológica básicas cubiertas, una asistencia obstétrica bien estructurada y una asistencia oncológica definida en estas dos áreas es posible que el siguiente paso que debemos dar sea crear una Unidad de Suelo Pélvico.
La disfunción del suelo pélvico (DSP), que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología es, por lo tanto, una prioridad en el campo de la salud de la mujer. También deben tener cabida en esta unidad el dolor pélvico crónico, las disfunciones sexuales y las DSP que aparecen en los hombres adultos.
El desarrollo de la sociedad del bienestar ha llevado a una creciente demanda social del tratamiento de las DSP.En este momento los conocimientos en este campo nos dan la posibilidad de podre ofrecer soluciones más efectivas, cirugías con mejores resultados y menos agresivas y fármacos mejor tolerados junto con mejores estrategias de prevención.
Dado que la pelvis, y en concreto el suelo de ésta, es un área de interés de diversas especialidades, se han ido constituyendo recientemente las denominadas UNIDADES MULTIDISCIPLINARES para el estudio y manejo de DSP para valorar a la paciente de forma conjunta obteniendo mayor beneficio la paciente.
Otro gran campo de las Unidades de Suelo Pélvico consiste en promocionar la aparición de unidades de Rehabilitación especializadas en las DSP, ya que constituyen la primera línea de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Cuando el paciente (la mayoría de pacientes con DSP son mujeres pero esta patología aunque en menos medida también afecta al sexo masculino) acude refiriendo alguna de las patologías relacionadas con la disfunción del suelo pélvico es evaluada inicialmente por uno de los siguientes especialistas: ginecólogo, urólogo, cirujano colorrectal o medico rehabilitador
La primera visita es fundamental para realizar una historia clínica detallada, que incluya antecedentes (obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, infecciosos,…), hábitos de vida (tabaco, deporte,...), medicación, actividad sexual, habito intestinal,…
A continuación se realizará una exploración física, neurológica y esfinteriana.
En el caso de la incontinencia de orina, se acompañará de un diario miccional.
Para llegar a un diagnóstico lo más preciso posible será preciso contar con distintas colaboraciones, como laboratorio, urodinamia, ecografía, endoscopia, manometría.
Dado que un gran número de las consultas están relacionadas con trastornos de la micción, el laboratorio de urodinámica adquiere un carácter fundamental, siendo necesario que permita realizar flujometría libre, cistometría, perfil de presión uretral y estudio de flujo-presión.

MÉTODO
La unidad estará constituida por los Drs. Elena Bescós y Dr. Alejandro Sanz (Ginecólogos), Drs. Alejandro Timón y Carmen Ambroj (Urólogos) y Drs. José Manuel Ramírez, Elena Córdoba y Manuela Elía (Cirujanos colo-rectal), que atenderán a sus pacientes en las diferentes consultas de Suelo Pélvico de sus respectivos servicios.
Parte importante de esta unidad es la Rehabilitación, contando en este servicio con la colaboración de las Dras. Isabel Bergua y Ana Martínez. En los casos que la causa que suscite la consulta sea un dolor pélvico contaremos con el apoyo del Dr. Pedro Cía, dentro de la Unidad del Dolor.
De esta manera tenemos una unidad funcional multidisciplinar e ineterrelacionada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Tras la primera visita, el facultativo que atienda a la paciente, mediante un cuestionario u hoja de evaluación común (de prolapso genital, incontinencia urinaria o fecal), valorará si su patología es subsidiaria de tratamiento y seguimiento por parte de ginecología, urología, colo-proctologia o rehabilitación, o si requiere un tratamiento conjunto.
Con periodicidad trimestral se reunirán para discutir los casos más complejos y que probablemente requieran una actuación conjunta.
De esta manera las pacientes recibirán la mejor asistencia posible, actualizada y consensuada, de la patología del suelo de la Pelvis.

INDICADORES
- Utilización de la hoja de evaluación común
- Creación de documentos informativos comunes
- Reuniones realizadas al año
- Unificación de criterios
- Cirugías interdisciplinares realizadas

DURACIÓN
Inicio en 2017, evaluar al año.

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 - 2016/0816

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMA LUCIA MAINAR JOSA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL
ALVAREZ ALONSO MARIA BEATRIZ
MANGLANO ALONSO FLAVIA
CALVO CAROD PILAR
RODRIGUEZ SANCHEZ MARIA AURORA
PADIN FABEIRO MARTA
GRACIA PELIGERO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN LLEVADO A CABO REUNIONES DE LOS MIEMBROS DE TRABAJO Y RECOPILACION DE MATERIAL DE OTROS CENTROS QUE YA TIENEN INSTAURADO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE DUELO FETAL E INICIAR PROTOCOLO DE HCU.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estandarizar la toma de muestras maternas, fetales y de placenta según protocolo vigente desde 2017
- Esquematizar trámites administrativos
- Crear perfil analítico de óbito fetal en HUMS y HCU.
- Iniciar formación del equipo en el trato a la pareja que inicia el proceso de duelo.
- Iniciar protocolo de atención al duelo perinatal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Reunión trimestral de actualización y modificaciones al protocolo.
- Posponer jornada de sensibilización del personal hasta finalización del protocolo y aprobación del mismo en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/816 ========== ***

Nº de registro: 0816

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Autores:
MACHIN RICOL MARIA PILAR, CALVO CAROD MARIA PILAR, MATEO ALCALA PURIFICACION, PARIS BOJ VIRGINIA, FERRER SAMATAN MARIA ELENA, MARCO SAN JUAN CARLOS, SALAS MARTINEZ ANNA, GIL TOMAS JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nos encontramos ante un evento (muerte fetal anteparto) bastante inusual, al que pocas veces nos enfrentamos, motivo por el cual no estamos preparados ni formados para poder atender a estas familias sin empeorar su sufrimiento. Además, la atención profesional debería ir más allá de la actuación médica para garantizarles un adecuado seguimiento en todas las esferas.
Así mismo, al no haber un protocolo establecido, muchas veces la actuación o el estudio de la etiología, puede diferir en dependencia del profesional responsable en ese momento y sería bueno unificar criterios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO

Con este proyecto nuestro objetivo es establecer una circuito de actuación interdisciplinar que abarque todo el proceso, proporcionando a la familia una atención integral.

RESULTADOS ESPERADOS
Necesitamos mejorar la atención a los pacientes que se encuentran en esta situación evitando frases desafortunadas que les incrementen el posible sentimiento de culpa que puedan tener.
Así mismo, garantizar una atención profesional integral, humanizada y científica. Dicha atención se basaría en sensibilizar sobre la transcendencia de la muerte gestacional y neonatal a pesar de los tabúes culturales existentes y favorecer el duelo normal reduciendo la morbilidad psicológica a largo plazo.
Con esta guía de actuación se pretende proporcionar recursos de apoyo en el proceso del duelo favoreciendo la consulta con psicosomática en caso de ser necesario o favoreciendo el acceso a grupos o asociaciones de apoyo tras el alta hospitalaria.
A su vez, tras una recogida muestras y analíticas para poder encontrar la posible etiología, se busca la derivación de todos los casos a una consulta específica (preconcepcional) para ofrecer información sobre resultados y pasos a seguir ante futuras gestaciones.

MÉTODO
Para poder realizar dicho proyecto tenemos que mantener contínua comunicación con otros servicios como:
- Obstetricia (Dra. Calvo, Dra. Lou, Dra. Machín, Dra. Mateo, Dra. París): Verificación de recogida adecuada de muestras y remisión a los servicios pertinentes, así como conocimiento del caso por parte de psicosomática y posterior seguimiento en consultas.
- Psicosomática (Dr. Marco, Dra. Salas): Evitar la elaboración de duelo patológico, apoyo psicológico y farmacológico.
- Microbiología (Dra. Gil): poder avisar de la existencia de uno de estos casos y que se puedan buscar más factores que hayan podido desencadenar el fatal desenlace.

INDICADORES
Para valorar la satisfacción de las pacientes en cuanto a la atención recibida, tenemos a nuestra disposición un cuestionario para poder entregarles durante el proceso y así poder mejorar en la atención a otros pacientes que se encuenten en su misma situación.
Además se les ofrecerá otro cuestionario que valorará la escala del duelo perinatal y así poder diagnosticar cuando un duelo se convierte en patológico y poder actuar en consecuencia.

DURACIÓN
Desde enero de 2017 hasta diciembre del mismo año.

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 .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0532

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ SORBE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO RUTIA ESTHER
PEINADO BERZOSA RUTH
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
LASALA COMPTE IBANA
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
ORNAT CLEMENTE LIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de protocolos y guías de práctica clínica (junio-octubre 2018)
- Sesión informativa al equipo multidisciplinar implicado en la asistencia a las gestantes ingresadas (diciembre 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pendiente análisis de datos de encuestas realizadas al personal implicado
- Pendiente impresión y colocación de póster en las unidades seleccionadas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la sesión informativa al personal de hospitalización se valoró muy positivamente la implantación del proyecto.
- Pendiente análisis de datos de encuestas realizadas al personal implicado
- Pendiente impresión y colocación de póster en las unidades seleccionadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/532 ========== ***

Nº de registro: 0532

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

Autores:
PEREZ SORBE CRISTINA, MORENO RUTIA ESTHER, PEINADO BERZOSA RUTH, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, LASALA CONTE IBANA, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, ORNAT CLEMENTE LIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Según la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020), las actividades de formación y actualización de personal sanitario en terapéutica y farmacología clínica o la prevención de errores en los circuitos de la medicación son algunas de las iniciativas más relevantes para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
En el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (estudio ENEAS) se concluyó que el 37,4% estaban relacionados con la medicación. Por ello y debido a las características específicas de la paciente gestante, consideramos fundamental promover la formación de los profesionales sanitarios implicados en el uso seguro de los medicamentos más habituales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0532

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la seguridad de la paciente de forma proactiva.
- Aumentar la conciliación de la medicación en las diferentes unidades de nuestro servicio, evitando la variabilidad de su uso en la práctica asistencial.
- Incrementar la cultura de seguridad de los profesionales evitando fallos potenciales.
- Proporcionar información a los profesionales sobre la administración de fármacos de uso habitual en obstetricia mediante la elaboración de un póster fácilmente accesible para su consulta.

MÉTODO
- Estimación del coeficiente de riesgo NPR (Número de Priorización de Riesgo) de los fármacos a incluir.
- Elaboración del póster por parte de los miembros componentes del proyecto.
- Presentación en sesión clínica a las diferentes unidades implicadas: hospitalización obstétrico-ginecológica, Urgencias obstétrico -ginecológicas, paritorio.
- Realización de encuesta de utilidad a los profesionales a los que va dirigido.

INDICADORES
- Nº de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que conoce la implementación del póster / Nº TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados conocerán la implementación del póster.
- Nº de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que considera el póster útil en su práctica habitual / Nº TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados encontrarán útil el póster en su práctica habitual.

DURACIÓN
JUNIO-OCTUBRE 2018: revisión de Protocolos y Guías de Práctica Clínica de uso de fármacos de riesgo en obstetricia.
NOVIEMBRE 2018: Elaboración del póster según resultados de la aplicación del análisis modal de fallos y efectos.
DICIEMBRE 2018: presentación del póster en sesión clínica.
ENERO 2019: implantación.
FEBRERO 2019: evaluación de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE MARTINEZ MEDEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EZQUERRA GIMENEZ ANA
ARRIBAS MARCO MARIA TERESA
ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ
MATEO ALCALA PURIFICACION
ORNAT CLEMENTE LIA
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
RUIZ MARTINEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde comienzo de 2018 se estableció un circuito interno para realización de la versión cefálica externa.
Las pacientes candidatas que, tras ser informadas en consulta de Obstetricia (y firma de consentimiento informado) decidían someterse a la técnica, acudían en los días señalados para la realización al Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico. Allí, tras detallada información, se realizaba cardiotocografía fetal.
Una vez objetivado el bienestar fetal, se realizaba una ecografía obstétrica básica para certificar presentación fetal, estimar peso fetal y valorar volumen de líquido amniótico. Posteriormente, tras canalización de vía venosa periférica, se procedía al intento de versión externa según las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
Tras el intento, se realizaba nueva cardiotocografía fetal y, si no había complicación alguna, se daba de alta a la paciente con su correspondiente informe, derivándola a su siguiente consulta obstétrica ya citada.
Recursos empleados: Sala, ecógrafo, monitor cardiotocográfico y personal de urgencias de Obstetricia. Tres obstetras asignados al procedimiento (realización aleatoria por uno de ellos).
Acciones para comunicar al Servicio los resultados: Sesión informativa en Enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtención de datos en el periodo realizado 1 enero 2018- 31 diciembre 2018: Base de datos en programa SPSS realizada por uno de los obstetras realizadores de versiones, con información detallada de datos obstétricos, datos de la versión externa y resultado obstétrico posterior. Base de datos perinatales general del Servicio de Obstetricia.

Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: 50,55%
Porcentaje de versiones exitosas: 47,8%
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: 77,27%
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: 0,86%
Número de cesáreas evitadas en el periodo: 17.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han cumplido todos los objetivos establecidos inicialmente. Aun así nos encontramos con:
• Debilidades: pacientes que no aceptan la técnica a pesar de no existir contraindicaciones y eligen cesárea como método de finalizar su gestación.
• Posibilidades de mejora:
- ampliación del número de pacientes con feto en presentación podálica que aceptan la versión externa, tras una adecuada selección de pacientes (excluyendo contraindicaciones) y una buena información
- establecimiento de una vía clínica oficial
- posibilidad de segundo intento de versión externa bajo anestesia raquídea (amplia bibliografía que avala dicha actuación).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/711 ========== ***

Nº de registro: 0711

Título
ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Autores:
MARTINEZ MEDEL JORGE, EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, ORNAT CLEMENTE LIA, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, RUIZ MARTINEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El objetivo final de la VCE es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica.
Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente sobre el procedimiento y, a su vez, manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.
La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito de esta técnica, pudiendo destacar: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable, rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.
Dentro de los factores que se asocian con mayor éxito de la versión externa, destacan el uso de tocolíticos durante la maniobra y la experiencia del operador. También aumentan las probabilidades de éxito factores como multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies.
Los diferentes estudios demuestran que la realización protocolizada de la versión externa en fetos con presentación diferente a la cefálica se asocia con una reducción en la tasa de cesáreas por presentación no cefálica.
Hasta hace 1 año la VCE no se realizaba de manera protocolizada, era realizada por operadores diversos, precisaba ingreso hospitalario y las tasas de éxito eran variables.
Este proyecto pretende protocolizar la VCE, que sea realizada por un número limitado de operadores y de manera ambulatoria y programada.Todo ello permitirá optimizar los recursos y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica.

Resultados: Protocolización VCE, realización de VCE de manera ambulatoria, mejorar tasa de éxito (y consecuentemente reducir tasa de cesáreas), optimización de recursos.

MÉTODO
Acciones previstas: Establecimiento de protocolo o vía clínica de VCE, realización por número limitado de operadores.

Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia para acordar protocolo o vía clínica. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas.

Cambios previstos: Realización ambulatoria.

INDICADORES
Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.
Porcentaje de versiones exitosas: Valor a alcanzar 40%, límites 35-57%.
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.
Porcentaje de reducción de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 35%, límites 25-40%.
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,6%, límites 0,5-0,8%.

Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Versiones Externas

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: Inmediata

Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Responsables: Todos los componentes del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION MATEO ALCALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN
AGÜERO LABORDA RAFAEL
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
OROS LOPEZ DANIEL
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
TEJERO SANCHO SUSANA
GABASA GORGAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha implementado el uso universal de la cartilla del embarazo disponible a tal fin en la Historia Electrónica del Salud. Se siguió el calendario establecido de forma que paulatinamente se fueron incorporando a la misma las gestantes que se incluían para su seguimiento en nuestra Área de Salud.
Se realizaron sesiones informativas para los ginecólogos acerca de su uso y utilización, por parte de los responsables de la misma del Salud.
Del mismo modo se realizaron otras sesiones informativas a las matronas de Atención Primaria, ya que esta herramienta permite coordinar de forma excelente la actividad de las matronas de Atención Primaria y los obstetras. Se dio acceso informático a la misma a las matronas, quienes también la utilizan como herramienta de trabajo.
El proyecto se comenzó a realizar en las consultas de Inocencio Jiménez, para después extenderse a las consultas del Hospital Clínico y posteriormente a las consultas de los centros de Ejea y Tarazona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El éxito y resultado ha sido de un 100%. En el momento actual ninguna paciente de nuestra Área recibe la cartilla de control de embarazo (antigua cartilla azul) en papel. La Historia Clínica Electrónica y su Cartilla de Embarazo ha permitido eliminar el papel en nuestras consultas así como establece una relación mucho más estrecha en el seguimiento de las gestantes entre matronas y obstetras.
El grado de satisfacción por parte de facultativos y matronas que controlan el embarazo es excelente.
La aceptación por parte de la gestante de no disponer del control gestacional en papel físico también ha sido satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el momento actual toda la información del curso gestacional de nuestras embarazadas se encuentra disponible en red pudiéndose consultar tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada en cualquier punto de nuestra Comunidad Autónoma.

Se mantiene contacto constante con los responsables informáticos del Salud para asesorar sobre mejoras de la cartilla electrónica del embarazo, pero desgraciadamente estas tardan en llegar.

Entre las debilidades de este sistema se encuentra el hecho de falta de informes que aporta la embarazada cuando se desplaza de manera ocasional a otra comunidad durante periodo vacacional etc. y precisa asistencia urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/717 ========== ***

Nº de registro: 0717

Título
DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

Autores:
MATEO ALCALA PURIFICACION, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, AGÜERO LABORDA RAFAEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, OROS LOPEZ DANIEL, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, TEJERO SANCHO SUSANA, GABASA GORGAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
A fecha de diciembre de 2017, en el Sector III del SALUD, se continúa usando la cartilla de control de embarazo en papel (cartilla azul) que se entrega a la propia embarazada, donde consta su seguimiento a lo largo de la gestación. Esto se realiza de forma independiente a una extensa base de datos informatizada que se lleva de forma paralela de todas nuestras gestantes desde hace varios años.
Desde hace algún tiempo existe ligada a la Historia Clínica Electrónica y promovida por el SALUD, la Cartilla Electrónica del Embarazo, documento que se puede consultar desde todos los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma, así como desde todos los puntos asistenciales.
La necesidad de evolución y el proceso imparable de informatización de documentos, hace deseable nuestra incorporación al uso de este instrumento informático.

RESULTADOS ESPERADOS
El desarrollo y la aplicación de la Cartilla Electrónica del Embarazo incluida dentro de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante organización del trabajo, teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial.

Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la informatización de su documentación a través del SALUD y la cartilla electrónica del embarazo, podría traer grandes beneficios a la asistencia de la paciente.

A lo largo del presente año, pretendemos incorporar este método de trabajo y eliminar de forma sucesiva las cartillas de papel azul.

A la vez, y dada la amplia experiencia que desde hace años hemos adquirido, gracias a nuestra excelente base de datos obstétricas, queremos aportar ideas al grupo de trabajo de la Cartilla Electrónica del Embarazo del SALUD, para contribuir a su mejora en todos los aspectos posibles.Incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo.

Nuestro objetivo es la incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo y mejorar a lo largo de los próximos años y en colaboración con el resto de Hospitales de la red del Salud Aragón y el SALUD, la recogida de datos.

MÉTODO
En la primera visita de la gestación, crear la Cartilla Electrónica del Embarazo a las nuevas pacientes, de forma que tengan ya su control recogido en dicha herramienta informática. Así, dentro de nueve meses aproximadamente, la gran mayoría de embarazadas tendrían su historia gestacional en este formato. Las revisiones sucesivas del embarazo se realizarán en los formularios de Seguimiento del Embarazo de esta Cartilla.

Se ofrecerán sesiones informativas a los facultativos del Servicio y matronas del manejo de este nuevo soporte informático, así como a las matronas de Atención Primaria, siempre en colaboración con los responsables de la creación de la misma en el SALUD.

INDICADORES
Entre los indicadores estarán el número de Cartillas Electrónicas del Embarazo existentes en nuestro Sector III a final de año 2018 y los ítems mejorados, con información relevante que han sido añadidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

DURACIÓN
Comienzo en enero de 2018 y seguimiento a lo largo de los años. Este proyecto se dará por concluída su puesta en marcha en diciembre de 2018, pero continuará a lo largo de los próximos años de manera que podamos alcanzar unos objetivos cercanos al 100% de pacientes con Cartilla Electrónica del Embarazo en su seguimiento.
Se pretende continuar con una mejora continuada de los ítems a recoger.

Las reuniones informativas con facultativos y matronas se realizarán en el primer trimestre 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 - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LIA ORNAT CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MEDEL JORGE
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
CLAVO CAROD PILAR
CORTIZO GARRIDO SANDRA
GUARGUA MONTORI MARIA
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde hace 2-3 años se están llevando a cabo en nuestro servicio varios proyectos en el contexto de mejorar la asistencia en el embarazo, parto y puerperio, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Atención al arto normal del Ministerio de Sanidad. Siguiendo los propósitos de este proyecto se ha realizado un tríptico informativo para las gestantes y un vídeo que muestra las instalaciones en las que se desarrolla la dilatación y el parto normal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tríptico informativo en español.
En la primera visita de embarazo se entregan a las pacientes las recomendaciones de la SEGO que están disponibles en la HCE del embarazo del SALUD.
Vídeo informativo que muestra el servicio de Paritorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la traducción del tríptico a otros idiomas, la impresión en color de este, y la distribución del video informativo a las matronas de Atención Primaria para que lo muestren en las clases de preparación al parto.
Se ha propuesto la exposición de este proyecto en una de las sesiones de Calidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Está en proyecto mejorar los trámites de canalización de las gestantes a primera visita de embarazo para intentar que el 100% tengan acceso a su matrona de Atención Primaria durante el embarazo y, por ello, a las charlas de atención al parto y promoción de la lactancia materna, dónde se demostrarían los videos y podrían suministrarse los trípticos. Un problema que hemos detectado es que sólo el 40% de las embarazadas acuden a primera visita de embarazo con su matrona y por ello muchas de ellas no pueden aprovechar la posibilidad de asistir a clases de preparación al parto.

7. OBSERVACIONES.
Por cambios en la plantilla del Servicio de Ginecología y por estar alguno de los autores en más de dos proyectos, se sustituyen alguno de los miembros.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/728 ========== ***

Nº de registro: 0728

Título
ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Autores:
ORNAT CLEMENTE LIA, MARTINEZ MEDEL JORGE, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, CALVO CAROD PILAR, PEINADO BERZOSA RUTH, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

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

PROBLEMA
En el año 2017 se puso en marcha un nuevo protocolo de control del embarazo normal por parte de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Los cambios que recoge este protocolo se están poniendo en marcha en nuestro servicio desde comienzos del año 2018, además de que se ha puesto en marcha la Historia Clínica Electrónica del Embarazo.
Con el objetivo de informar a las pacientes de todos estos avances, se propone actualizar el folleto informativo que les facilitamos en la primera visita, además de realizar versiones en diferentes idiomas y en un lenguaje más comprensivo que el documento actual.
Un gran porcentaje de pacientes no acuden correctamente a las visitas concertadas, fallando sobre todo a los pasos a seguir en el Diagnóstico prenatal de cromosomopatías, entre otros motivos por lo complicado de los pasos a seguir y la dificultad en explicarlo. La intención de dar la información por escrito en un folleto claro y en lenguaje sencillo para la paciente sería facilitar el cumplimiento de las visitas en el embarazo.
Otra demanda actual, es la humanización en la atención al parto, reflejada en muchas ocasiones en planes de parto que traen las pacientes en los cuales figura como una demanda cada vez mayor, el conocimiento de las instalaciones de Paritorio. Con el objetivo de que se sientan más cómodas en ese proceso, se propone la grabación de un vídeo y difusión en las clases de preparación al parto, sobre el proceso y entorno de desarrollo de un parto normal en nuestro medio.

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2018

Actualizar la información dada a las gestantes de nuestro medio en base a los cambios realizados en el último año en cuanto al control de embarazo.
Realizar folletos informativos en diferentes idiomas.
Realizar un video explicativo informando sobre las instalaciones donde se realizará el parto, para que les sea más familiar en el momento de acudir a Urgencias.
Crear un grupo de información a las gestantes en las últimas visitas del embarazo, sobre el desarrollo habitual del parto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Crear un tríptico informativo sobre el control de embarazo
-Traducirlo a varios idiomas
-Suministrarles las recomendaciones de la SEGO disponibles en la historia clínica electrónica del embarazo
-Realizar un vídeo explicativo sobre la atención al parto
-Mejorar la satisfacción de las usuarias

MÉTODO
-Realización de tríptico informativo.
-Traducción del mismo a varios idiomas.
-Creación de vídeo explicativo sobre el proceso del parto.
-Distribución del vídeo a las consultas de matrona de Atención Primaria.
-Creación de una consulta en grupo a las embarazadas para información sobre el proceso del parto.

INDICADORES
-% de pacientes que acuden correctamente a la primera visita
-% de pacientes que se realizan correctamente el cribado combinado de primer trimestre
-% de pacientes que acuden a preparación al parto a su matrona de Atención Primaria
Los datos se obtendrán por:
-Encuesta de satisfacción a las pacientes.
-Recogida de los datos de Diagnóstico prenatal por medio del programa Excel del servicio y de la historia clínica electrónica del embarazo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

DURACIÓN
Mayo- Septiembre de 2018: realización del tríptico, del video y de las encuestas de satisfacción
Septiembre de 2018- Enero de 2019: recogida de datos de las encuestas de satisfacción
Septiembre 2018: reunión con matronas para consultar dudas y entregarles el material realizado.
Enero 2019: revisión 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 - 2018/0841

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ARRIBAS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NARVION CASORRAN CAROLINA
RUIZ MARTINEZ SARA
PROCAS RAMON BEATRIZ
PEREZ MUÑOZ ANA
MORENO LAMANA VIRGINIA
CARRERAS CASANOVA VICTORIA
PEINADO BERZOSA RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dos sesiones formativas en el Sº Ginecología y Obstetricia, en el que se debaten los términos para llevarlo a cabo, de acuerdo con otros Servicios implicados
Creación de un protocolo, pendiente de ser refrendado por Sº de Pediatría y Anestesia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Información del proyecto a los profesionales implicados
Puesta en marcha del CPP en cesáreas programadas y urgentes, a criterio de los profesionales implicados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente conseguir varios objetivos:
- La aprobación del protocolo conjunto en la comisión de revisores
- Recogida de datos, tras conseguir unificar criterios
- Incorporación al protocolo quirúrgico informativazo, en el apartdao " observaciones"
- Inclusión en el conjunto de proyectos puestos en marcha en el Sº d Ginecología y Obstetricia, encuadrados en la consecución de IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia)

Nuestro objetivo se fija en conseguir la aplicación del CPP
- 100 % de las cesáreas programadas, que cumplan criterios
- Todas aquellas cesáreas urgentes que no contraindiquen su realización por motivos pediátricos o quirúrgicos

Para conseguir los objetivos fijados sería necesario ampliar el proyecto al menos 1 año, con el fin de ponerlo en conocimiento a todas las partes implicadas y conseguir la completa normalizacióndel CPP en nuestra asistencia al parto por cesárea

7. OBSERVACIONES.
Se realiza cambio de 2 profesionales como coautores por finalización de contrato en el Servicio de un profesional y renuncia de otro profesional en el seguimiento de este proyecto por inicio como coautor en otro proyecto de calidad

*** ========== Resumen del proyecto 2018/841 ========== ***

Nº de registro: 0841

Título
CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Autores:
ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, RUIZ MARTINEZ SARA, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, PROCAS RAMON BEATRIZ, PEREZ MUÑOZ ANA, MORENO RUTIA ESTHER, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEINADO BERZOSA RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0841

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

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

PROBLEMA
El contacto piel con piel(CPP) con la madre es el hábitat natural del recién nacido y la lactancia materna el comportamiento programado para ese hábitat.
Existen suficientes argumentos biológicos, fisiológicos, antropológicos y del neurocomportamiento que muestran que el contacto piel con piel, junto con la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies al medio extrauterino.
Cuando se deja espontáneamente al recién nacido piel con piel con su madre durante el tiempo suficiente(los primeros 70 minutos tras el parto), el recién nacido, que nada más nacer tiene una actitud de alerta, es capaz de restar hasta el pecho y hacer una succión correcta. Este hecho se relaciona con una mejor implantación y duración de la lactancia materna. Sin embargo, si no se aprovecha este momento, una vez transcurridas las 2- 3 primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia, está poco receptivo y no demanda pecho. Si el primer contacto entre madre y recién nacido se retrasa, será mucho más difícil el establecimiento de la lactancia y surgirán más problemas.
Este proceso es frágil, requiere tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sean minutos.
Numerosos estudios han demostrado la ausencia de riesgo y la existencia de claros beneficios del COL, tanto para el niño como para la madre

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: todas las gestantes a las que se realice cesárea, tanto programada como urgente, siempre que la situación materno fetal lo permita

Resultados: En colaboracion con servicios de pediatria y anestesia,facilitar el contacto piel con piel en todas las cesáreas programadas e incorporación progresiva de CPP en las cesáreas urgentes, mejorar tasas de éxito de lactancia materna exclusiva al alta, disminución del número de ingresos de recién nacidos por hipoglucemia a la hora de vida

MÉTODO
Acciones previstas: Establecimiento de un protocolo conjunto con Servicio de Anestesia y Pediatría de CPP en las cesáreas programadas. Establecer criterios de inclusión para realizar CPP en cesáreas urgentes.

Recursos: Creación de un grupo de trabajo con responsables del Servicio de Anestesia, Pediatría, Obstetricia y Matronas. Charlas de formación a personal involucrado. Creación de un comité de lactancia materna junto con Servicio de Pediatría

Cambios previstos: ofrecer a todas las pacientes a las que se va a realizar una cesárea la posibilidad de contacto precoz piel con piel en condiciones óptimas. Mejorar tasa de lactancia materna exclusiva

INDICADORES
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas programadas
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas urgentes
Número de RN ingresados por hipoglucemia a la hora de vida
Número de pacientes con lactancia materna exclusiva al alta

Fuente de datos: recogida de datos desde el HOSPITAL doctor, revisando los informes de alta de Pediatría y Obstetricia. Revisión de resultados con una muestra aleatoria de recién nacidos por cesárea a las que se les realizó CPP frente a otra muestra de recién nacidos a los que no se realizó

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: inmediata

Responsables: todos los miembros del equipo

Duración prevista: 1 año para elaboración de protocolos, puesta en marcha y recogida de primeros 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 - 2018/0908

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA TABUENCA VICEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PADIN FABEIRO MARTA
REPOLLES LASHERAS SIRA
NARVION CARRODAN CAROLINA
BESCOS SANTANA ELENA
NASSAR MELIC NADIA
LAHOZ PASCUAL ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No sé han podido realizar actividades, al estar pendiente de compra el catéter de Word

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han podido alcanzar resultados, al estar pendiente de compra el catéter de Word

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se encuentra pendiente de compra el catéter de Word

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/908 ========== ***

Nº de registro: 0908

Título
UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
TABUENCA VICEN CRISTINA, PADIN FABEIRO MARTA, REPOLLES LASHERAS SIRA, NARVION CASORRAN CAROLINA, BESCOS SANTANA ELENA, NASSAR MELIC NADIA, LAHOZ PASCUAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La patología más frecuente de la glándula de Bartholino es el absceso, que en ocasiones se produce tras la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula y la formación de un quiste. El 3% de las mujeres sufrirá esta patología en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición clínica entre los 20 y los 29 años.

Estos abscesos suelen ser polimicrobianos y pueden ser producidos tanto por gérmenes aerobios como anaerobios, pero el tratamiento antibiótico no es suficiente para su resolución, precisando el drenaje del mismo en numerosas ocasiones.

En nuestro servicio, el absceso de la glándula de Bartholino ocupa tiempo y recursos de la consulta de urgencias de ginecología, del quirófano y de una cama hospitalaria durante el ingreso de la paciente para su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0908

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

drenaje quirúrgico.

Todo el proceso supone una carga económica para el sistema de salud. El tratamiento inicial (Grado 2c de evidencia) y de elección en otros países (EEUU y Australia) es la fistulización con catéter de Word, de forma ambulatoria, en consulta, procediendo al drenaje y la marsupialización en quirófano sólo en caso de fracaso o recidiva .

El procedimiento de inserción es ambulatorio, realizando una incisión de 5 mm con anestesia local, drenaje, limpieza y colocación del catéter con 3 ml de suero La curación promedio es en torno a las tres semanas, manteniendo un máximo entre 4 y 6 .

Las recidivas se producen entre un 4 y 10% a los 6 meses, siendo menores que el drenaje solo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es introducir en nuestro servicio el catéter de Word para drenaje del absceso de la glándula de Bartholino de forma ambulatoria en la consulta de urgencias y posterior seguimiento en consulta de ginecología.

Se evitará el ingreso de la paciente, la ocupación del quirófano y la estancia hospitalaria posterior, minimizando las molestias para la paciente, y la carga económica para el sistema sanitario.

MÉTODO
Se establecerá un protocolo para la inserción del catéter, y posterior seguimiento de la paciente en consulta de ginecología para reevaluar la clínica, valoración de la extracción del drenaje y seguimiento de futuras recidivas.

INDICADORES
- Número de catéteres de Word colocados en urgencias.

- Número de visitas en consulta de ginecología valorando la tolerancia, la clínica y el momento de la extracción.

- Número de recidivas.

- Número de drenajes y marsupializaciones en quirófano por fracaso o recidiva

DURACIÓN
- Inicio con la compra del catéter de Word y adiestramiento del personal para su colocación.
- Registro de los casos y colocación en urgencias.
- Registro de los casos en consulta: expulsión, extracción correcta.
- Registro del número de recidivas.
- Registro del número de interveciones en quirófano.
- Valoración a lo largo del año 2018, con inicio en junio de 2018.
- Valoración a lo largo de dos años.
- Comparación de resultados de la nueva técnica ambulatoria respecto a la anterior quirúrgica con ingreso de años previos .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0936

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA EZQUERRA GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OROS LOPEZ DANIEL
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN
TEJERO SANCHO SUSANA
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
MAINAR JOSA GEMA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación conjunta con endocrinología de un protocolo de control glucémico y administración de insulina intraparto en dependencia de cifras glucémicas. Todo ello según el tipo de diabetes bien sea pregestacional, gestacional con o sin insulinoterapia.
Creación de algoritmos de control glucémico de la gestante diabética durante el ingreso de parto, tanto en el periodo preparto, como durante el trabajo de parto y el puerperio hospitalario. Dichos algoritmos sirven para el control de las pacientes en planta de hospitalización y área de paritorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Unificación de criterios a la hora del manejo de insulinoterapia y control glucémico durante el trabajo de parto y puerperio. Desde su implementación
el cumplimiento de dicho protocolo ha sido del 100% de las pacientes que precisan dicho control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Disminución de la variabilidad clínica en el manejo de las pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/936 ========== ***

Nº de registro: 0936

Título
CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Autores:
EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, OROS LOPEZ DANIEL, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, TEJERO SANCHO SUSANA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Iniciamos este proyecto de Calidad con el objetivo de unificar criterios junto con el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico, para el manejo de la Diabetes intraparto.
Los profesionales que trabajan en la Unidad de Paritorio creen necesario reevaluar el control que hasta ahora se hace de las gestantes diabéticas en trabajo de parto.
Las pacientes a controlar son las gestantes diabéticas insulinodependientes previas a la gestación y las gestantes diabéticas durante la gestación con o sin Insulina.
Se pretende actualizar el control de las mismas y unificar pautas de control y tratamiento por parte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0936

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

personal de Enfermeria de planta, matronas de paritorio y médicos del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es la unificación del control y tratamiento de la Diabética gestante en el parto, elaborando un protocolo común.
Transmitirlo y afianzarlo como uso habitual y diario por parte de todo el personal del Servicio.
Conseguir un óptimo control de glucemias, un adecuado uso de la Insulina,evitar hipoglucemias intraparto,evitar hipoglucemias en el neonato,manejar correctamente la fluidoterapia necesaria.
En definitiva, tener un procedimiento común de manejo intraparto.

MÉTODO
Elaboración de Procedimiento actualizado y unificado con Servicio de Endocrinología, con el objetivo de optimizar el control de las gestantes diabéticas en fase de parto.
Participación del personal del Servicio adscrito a Obstetricia, personal de guardias, Servicio de Endocrinología y Enfermería.
Recursos: Reuniones del personal involucrado en el Procedimiento. Aplicación del protocolo por el personal implicado en la atención al parto.

INDICADORES
Tasa de pacientes con correcto control de glucemias: Registro en Gacela. Alcanzar 80%, Máx 100 %, mín 50%
Tasa de hipoglucemias maternas intraparto: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de correcto manejo de la fluidoterapia: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de pacientes con correcto manejo de la Insulina pre y postparto: Control glucemias en planta registrado en Gacela. Alcanzar 80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de correcto manejo de la Insulina Intraparto: Registro de control de glucemias en partograma. Alcanzar %, Máx %, mín %
Tasa de hipoglucemias en neonato: Registro en nidos. Alcanzar %, Máx %, mín %

DURACIÓN
Inicio: Inmediato

Calendario:Revisión anual y seguimiento posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0971

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH PEINADO BERZOSA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
MORENO RUTIA ESTHER
PEREZ SORBE CRISTINA
DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA
EZQUERRA GIMENEZ ANA
PELIGERO DEZA JAVIER
POLO BARDINA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- JUNIO 2018: Se realizó una sesión clínica exponiendo la evidencia sobre el tema con el objetivo de informar e implicar al equipo multidisciplinar del Servicio de Obstetricia en el desarrollo del proyecto.
- JUNIO 2018: Reunión de equipo y reparto de tareas.
- JULIO - AGOSTO 2018: Se elabora hoja de recogida de datos, hoja de registro de control de ingesta, consentimiento informado y encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha requerido más tiempo para su elaboración y puesta en marcha del que estaba previsto en el calendario inicial por lo que continuará durante el año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto será muy positivo para la gestante, mejorará la experiencia sobre su parto al favorecer que tenga una mayor participación y control sobre el proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/971 ========== ***

Nº de registro: 0971

Título
HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

Autores:
PEINADO BERZOSA RUTH MARIA, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, MORENO RUTIA ESTHER, PEREZ SORBE CRISTINA, EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA, PELIGERO DEZA JAVIER, POLO BARDINA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente las mujeres desean una mayor participación y control en su parto, sociedades científicas relacionadas con este tipo de proceso asistencial están realizando protocolos y guías de atención al parto, pretendiendo eliminar prácticas innecesarias y la utilización de otras alternativas.
En los países industrializados, el miedo a una aspiración de contenido gástrico durante una anestesia general (Síndrome de Mendelson) justifica el ayuno en el trabajo de parto, sin embargo la evidencia actual existente afirma que para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta, la cual está asociada a complicaciones materno-fetales. Es por ello que en nuestra práctica habitual existen diferentes puntos de vista en cuanto a la alimentación e hidratación en trabajo de parto y observamos que a un número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0971

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

elevado de gestantes la restricción de la ingesta les supone una experiencia desagradable.
Estos cambios pueden ser llevados a cabo con poco o ningún coste simplemente ofreciendo ingestión de bebidas isotónicas y líquidos claros en intervalos frecuentes, mejoraría la calidad del servicio, los resultados de la obstetricia y la experiencia que las mujeres tienen del parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general
- Adecuar las recomendaciones actuales en cuanto a ingesta hídrica en nuestro servicio.
Objetivos específicos
- Conocer los efectos y beneficios de la ingesta oral durante el trabajo de parto en nuestras gestantes
- Describir los resultados metabólicos, obstétricos y neonatales relacionados con la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en gestantes de bajo riesgo.
Aumentar el grado de satisfacción de las gestantes a las que se les ha permitido la ingesta intraparto mejorando la calidad asistencial.
Comprobar las preferencias de la mujer en cuanto a la ingesta de unos líquidos frente a otros.

MÉTODO
En los partos no intervenidos y bajo supervisión medica la parturienta podrá ingerir infusiones, bebidas isotónicas o agua en cantidades máximas de 150-200ml /h siempre que lo deseen. Existirá un registro de los líquidos administrados.
Los criterios de inclusión serán gestantes a término y de bajo riesgo en fase activa de parto a las que se les ofertará bajo consentimiento informado la toma de líquidos.
Si aparecen factores de riesgo materno fetales se valorará su exclusión.
Realización de encuesta de satisfacción tipo Likert durante el puerperio inmediato.

INDICADORES
- % Nº y frecuencia de aparición vómitos en mujeres con ingesta oral.
- % de mujeres satisfechas con la hidratación oral.
- % de broncoaspiración materna tras una anestesia general en mujeres hidratadas por vía oral.
- % de hipoglucemias en neonatos a la hora de vida.

DURACIÓN
Junio 2018: sesion clinica sobre el tema exponiendo la evidencia cientifica actual.
- Junio 2018: primera reunión de equipo, reparto de tareas.
- Julio – Agosto 2018: elaboración hoja de registro de control de ingesta de líquidos, del consentimiento informado y de las encuestas de satisfacción.
- Septiembre 2018 – Mayo 2019: sesión informativa al servicio y puesta en marcha del proyecto.
- Mayo 2019: reunión evaluadora 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 - 2018/0976

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MORENO RUTIA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ SORBE CRISTINA
MAINAR JOSA GEMA LUCIA
GIL LOSILLA REBECA
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
ARRIBAS MARCO MARIA TERESA
MORENO SANCHEZ VICTOR
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de planes de parto de hospitales de diferentes comunidades autónomas avalados por el Ministerio de Sanidad (septiembre 2018).
- Revisión de guías de práctica clínica.
- Elaboración de modelo de plan de parto adaptado a nuestro centro y sus circuitos asistenciales (septiembre-octubre 2018)
- Sesión informativa al equipo implicado en informar a las gestantes y sus parejas solicitantes de plan de parto en nuestro centro (Atención Especializada). octubre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pendiente sesiones informativas al personal de Atención Primaria.
- Pendiente de recogida y análisis de datos de encuestas realizadas a las gestantes implicadas.
- Pendiente implementación y puesta en marcha del nuevo documento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Pendiente sesiones informativas al personal de Atención Primaria.
- Pendiente de recogida y análisis de datos de encuestas realizadas a las gestantes implicadas.
- pendiente implementación y puesta en marcha del nuevo documento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/976 ========== ***

Nº de registro: 0976

Título
ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
MORENO RUTIA ESTHER, MAINAR JOSA GEMA LUCIA, CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA, GIL LOSILLA REBECA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En nuestro Sistema Nacional de Salud, la estrategia de 2007 de atención al parto normal, impulsó una profunda transformación en el modelo de atención al parto. Este cambio pretende un modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso fisiológico y la necesidad de ofrecer una atención personalizada e integral, así como el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0976

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA

legislación reconoce a las mujeres. En diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad publica el primer plan de parto y nacimiento, documento que se aconseja sea elaborado conjuntamente con su matrona, y constituye un importante apoyo institucional tanto para las mujeres como para los profesionales en su actividad diaria.

El HCU dispone de un documento informativo sobre el plan de parto, pero a nuestro parecer y según nuestra experiencia no incluye toda la información que la mujer demanda, ni mejoras llevadas a cabo en nuestro servicio en los últimos años en la atención en el proceso de nacimiento. Actualmente nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales y un sentimiento de hostilidad hacia nuestro trabajo, aconsejadas por personal no cualificado o no correctamente informado. La mayoría desconocen la realidad en la prestación de nuestra asistencia, y es por ello que consideramos fundamental una actualización de la documentación existente

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la calidad de la información que reciben las gestantes, adaptando las recomendaciones existentes a la asistencia al nacimiento de nuestro hospital.

- Establecer un correcto enlace entre niveles asistenciales para agilizar y facilitar el acceso a nuestra consulta.

- Favorecer la sensación de seguridad y confianza de la usuaria creando un vinculo previo con nuestras instalaciones y protocolos asistenciales.

MÉTODO
- Informar a las matronas de atención primaria y especializada para mejorar el circuito de derivación mediante sesiones informativas en las reuniones de sector.

- Actualización del documento existente en el HCU sobre plan de parto incluyendo asimismo un apartado para que la gestante exprese sus necesidades.

- Elaboración de encuestas

INDICADORES
Encuesta de satisfacción a la gestante preparto:

- expectativas previas

- encuesta de satisfacción respecto de la información recibida.

Encuesta postparto:

- satisfacción tras el parto: escala CONFORT

DURACIÓN
- Septiembre-octubre 2018: difusión de la información en atención primaria y especializada.

- Diciembre 2018: puesta en marcha en nuestra consulta de fisiopatología fetal

- Seguimiento y recogida de encuestas

- Junio 2019: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA NARVION CASORRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA
GUARGA MONTORO MARIA
PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la práctica clínica diaria del área de urgencias de ginecología y obstetricia se atienden a mujeres con abortos casi a diario. Es un diagnóstico frecuente tanto en urgencias como en consultas. Se está aplicando y ofreciendo cada vez a más mujeres el tratamiento médico, como opción alternativa al legrado, siempre que cumplan los criterios requeridos.
Se informa al servicio del nuevo protocolo de aborto y se aplica a diario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se registraron en el área de urgencias 357 abortos, y en el año 2018 un total de 324. Del total de abortos de 2017, alrededor del 30% de los que se atendieron en urgencias fueron tratados de forma exitosa con tratamiento médico, y durante el 2018 han aumentado los tratamientos médicos, alcanzando alrededor del 35%.
Disminución del número de legrados realizados en nuestro servicio, con un menor coste y menor estancia hospitalaria que ello implica.
Alta efectividad del tratamiento médico del aborto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tratamiento médico del aborto es un tratamiento efectivo en el 90% de los casos, y es una alternativa segura y con menor coste que el tratamiento quirúrgico con legrado.
Debemos continuar aplicando el tratamiento médico del aborto para conseguir mejorar nuestros resultados.

7. OBSERVACIONES.
Se realizará próximamente nueva sesión en el servicio, ante la incorporación de nuevos facultativos al servicio, para que se continúe con el mismo procedimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/984 ========== ***

Nº de registro: 0984

Título
TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
NARVION CASORRAN CAROLINA, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA, ALVAREZ MARTINEZ ALICIA, GUARGA MONTORI MARIA, PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la asistencia clínica con un menor coste económico
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

El aborto de primer trimestre es un motivo de consulta muy frecuente tanto en consultas de obstetricia como en el servicio de urgencias de nuestro centro.

El aborto espontáneo clínico se produce en el 10-20% de los embarazos. La mayoría son preclínicos (60%) y por lo general ocurren antes de la semana 12 de gestación (85%).

El tratamiento del aborto puede ser expectante, médico o quirúrgico. El tratamiento médico consiste en la administración de 4comprimidos de misoprostol (800 mcg) y evaluación posterior en consulta.

Actualmente el protocolo del tratamiento médico del aborto en nuestro servicio sigue los siguientes criterios:
- Aborto incompleto
- Embrión con CRL < 7mm
- Saco gestacional < 25mm

Estos criterios son algo restrictivos, y esto implica la realización de mayor número de legrados obstétricos, con las consecuentes implicaciones que conlleva: más coste sanitario, mayor número de ingresos hospitalarios, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Fijar nuevos criterios de inclusión y exclusión para la realización del tratamiento médico del aborto y poder ofertarlo así a mayor número de mujeres que sufren un aborto de primer trimestre.

Se propone como indicación para el tratamiento médico los siguientes:
- abortos incompletos con restos < 30mm
- embrión con CRL <30 mm
- gestaciones anembrionadas

MÉTODO
Revisión del protocolo de tratamiento del aborto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Aplicar los nuevos criterios para unificar actuaciones en Urgencias y de Consultas.
Acordar un algoritmo de actuación.
Definir claramente el papel a realizar por las personas implicadas.
Creación de un tríptico informativo para las pacientes.

Los criterios de inclusión en el nuevo protocolo serían los siguientes:
- gestación única
- amenorrea < de 10 semanas
- hemoglobina > o igual a 10g/dl y ausencia de coagulopatía
- consentimiento informado
- posibilidad de seguimiento en consulta

INDICADORES
- Número de tratamientos médicos pautados vs número de legrados obstétricos realizados en los quirófanos de urgencia durante la guardia.
- Número de hospitalizaciones debidas a la realización de legrados.
- Número de visitas a urgencias debidas a complicaciones o efectos secundarios del tratamiento médico.
- Número de consultas ambulatorias realizadas.
- Efectos secundarios de ambos tratamientos.
- Número de legrados necesarios por fracaso del tratamiento médico
- Comparar el coste entre tratamiento médico vs tratamiento quirúrgico.

DURACIÓN
Junio: Revisión del protocolo actual.
Junio: Presentación a los miembros del Servicio del nuevo protocolo.
Julio: Puesta en marcha del Protocolo actualizado.
Agosto: Recogida de datos durante 6 meses desde agosto-enero 2018.
Septiembre 2018: Creación de un tríptico informativo que aclare dudas sobre el tratamiento.
Octubre 2018. Creación de encuestas de satisfacción para als pacientes.
Enero 2019: Revisión de los datos recogidos y presentación a los miembros del Servicio.

OBSERVACIONES
El tratamiento médico del aborto tiene una alta tasa de éxito (70-80%) y tiene un menor coste económico respecto al tratamiento quirúrgico con legrado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1108

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SIRA REPOLLES LASHERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
LAHOZ PASCUAL ISABEL
CALVO CAROD PILAR
GABASA GORGAS LOURDES
ARIÑO MONEVA ELENA
PROCAS RAMON BEATRIZ
NARVION CASORRAN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se encuentran a disposición de todos los centros que así lo soliciten en las farmacias hospitalarias de toda la comunidad autónoma
Todos los facultativos que requieran un dispositivo de este tipo para su inserción, lo tienen a su disposición en su consulta a demanda
La disponibilidad de estos nuevos dispositivos es conocida por el personal de atención primaria y se incluye en la información sobre consejo anticonceptivo que se presta a las mujeres que lo solicitan en A. Primaria.
No se han detectado dificultades especiales en la técnica de inserción por parte de los ginecólogos de la comunidad autónoma
En el momento actual se considera que la oferta de estos nuevos dispositivos está "normalizada" y se incluye en el consejo anticonceptivo, con lo cual la elección por parte de la usuaria se realiza en las mismas condiciones que el resto de los dispositivos ya existentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La comunicación fluida entre los profesionales de especializada y especialmente, colaboración de matronas y médicos de atención primaria, facilita la inclusión de nuevas técnicas, dispositivos o prestaciones en materia de anticoncepción de forma rápida y eficaz. La homogeneización de la asistencia en toda la comunidad, la existencia de vías de derivación y circuitos estandarizados claros y la formación continuada de los profesionales sanitarios, ha sido fundamental para la inclusión de dispositivos de última generación
Asimismo es fundamental la financiación de estos métodos para una elección sin sesgos de los nuevos dispositivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1108 ========== ***

Nº de registro: 1108

Título
INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, LAHOZ PASCUAL ISABEL, CALVO CAROD PILAR, GABASA GORGAS LOURDES, ARIÑO MONEVA ELENA, PROCAS RAMON BEATRIZ, NARVION CASORRAN CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1108

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención embarazo no deseado
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el marco del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón, se contempla realizar en el curso del Consejo Anticonceptivo, la oferta gratuita de todos los métodos anticonceptivos de larga duración, para su inserción a toda paciente que lo desee.
En el último año se han comercializado nuevos dispositivos con indicaciones diferentes y que consideramos que se deben incluir en el consejo y la oferta de forma normalizada

RESULTADOS ESPERADOS
En un año, se pretende incluir de forma normalizada la oferta e inserción de los nuevos dispositivos a TODAS las pacientes que lo deseen, que acudan a consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez.
La oferta es para todas las mujeres en edad fértil del área III.

MÉTODO
Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

INDICADORES
Registro de datos de pacientes a las que se inserte nuevo dispositivo (Perfil de paciente)
Evolución de la curva de solicitud de dispositivos conforme iniciamos oferta de éstos
Normalización de las peticiones con previsión mensual en 1 año

DURACIÓN
Los responsables de la implantación, serán los facultativos que atiendan la consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez, cuya oferta es diaria.
Comprobaremos datos en un año natural, desde primer dispositivo nuevo que se coloque
Previamente realizaremos campaña informativa de nueva oferta, mediante correo a los coordinadores de Centros de Salud de Atención Primaria para que los oferten a las pacientes que solicitan Consejo Anticonceptivo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
SARTAGUDA ALABART MIREYA
GOMEZ OPIC CONCEPCION
NASSAR MELIC NADIA
TABUENCA VICEN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los partos vaginales con un desgarro superior a IIIa han sido remitidos para valoración esfinteriana a la Sección de Cirugía de Suelo Pélvico para diagnóstico de lesión, rehabilitación y posterior seguimiento por la Sección de Ginecología Suelo Pélvico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 75% de los partos con lesión han entrado dentro del protocolo de seguimiento.
El control de demoró inicialmente debido a la falta de disposición de Ecografo para dicho diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las pacientes se han mostrado muy agradecidas por su seguimiento, diagnóstico, rehabilitación y apoyo.
Es importante continuar con dicho proyecto para mejora de la calidad de vida de nuestras pacientes y fomentar la interrelación entre especialidades con un objetivo de mejora común.

7. OBSERVACIONES.
Aunque el 75% de las pacientes han sido derivadas para llevar a cabo este protocolo sólo el 45% a día de hoy lo han concluído por la demora en la adquisición de un nuevo ecógrafo para su diagnóstico.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1151 ========== ***

Nº de registro: 1151

Título
PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, SARTAGUDA ALABART MIREYA, GOMEZ OPIC CONCEPCION, NASSAR MELIC NADIA, TABUENCA VICEN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Lactantes
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
El Parto es un factor determinante en la perdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.
El 15-30% de las mujeres que tienen un parto presentan una lesión significativa del músculo elevador del ano. El desgarro del musculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto.
La importancia de la lesión parcial del musculo elevador del ano es incierta, no así del desgarro completo que se relaciona con una pérdida en la fuerza de contracción del musculo, así como con los signos y síntomas de prolapso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

El Parto se asocia de forma independiente tanto con las lesiones del esfínter anal como con la desinserción del músculo pubococcigeo, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto asistido con fórceps que en el parto espontaneo.

Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el Parto (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70% precisan sutura.
La relación de causalidad entre los desgarros del esfínter anal y la incidencia de incontinencia anal (IA) en el posparto está demostrada y aunque la lesión se reconozca y se repare en el parto, un porcentaje elevado de mujeres presentan síntomas de IA en el posparto. La frecuencia referida difiere según el tipo de parto, el peso del feto, la
paridad, la necesidad de episiotomía y de si el diagnóstico es clínico en el paritorio o mediante ecografía endoanal de forma diferida.

Si la evaluación de la lesión esfinteriana se realiza mediante ecografía endoanal en vez de por exploración clínica en el paritorio, el porcentaje de mujeres afectadas tras un parto aumenta desde cero hasta el 35%. Las que han tenido un parto previo, pasan del 40% al 44%. Las pacientes con cesáreas no presentan aumento en su porcentaje de afectación esfinteriana. Esto hizo pensar en la posible lesión oculta del esfínter anal, aunque este hecho no se ha refrendado en trabajos posteriores donde se apreció que las lesiones más que ocultas, eran infravaloradas en el paritorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es un correcto control de la reparación de desgarros del esfínter anal.

Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas.

Por ello queremos controlar a nuestras pacientes y ofrecer rehabilitación en aquellas pacientes sintomáticas o con factores de riesgo para sufrir incontinencia anal o de gases en el futuro.

MÉTODO
Tras una lesión perineal de 3er o 4º grado se realizará un seguimiento específico:

- Al alta, informar de la necesidad de un hábito evacuatorio saludable y evitar el estreñimiento.
- Recomendar la realización de ejercicios de Kegel (administrar hoja informativa)
- Citar visita de cuarentena con obstetra en “Consulta de Puerperio Patológico”.

• Valoración de síntomas ano-rectales y otros síntomas uro-ginecológicos
- Valoración incontinencia urinaria: ICQ-IU-SF
- Valoración incontinencia fecal: escala de Wexner
• Exploración pélvica .
- Valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal (tacto rectal en reposo y ante maniobra defecatoria inhibitoria)
- Valoración de estado de cicatrices y puntos de dolor
- Test de Oxford para valorar tono muscular pélvico
• Recomendación de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos. Las pacientes que presentan afección del componente externo del esfínter anal obtienen más beneficio con esta medida.
• Citar a pacientes con desgarros a partir de IIb en consulta de Cirugía Suelo Pélvico para realización de ecografía endoanal (a las 8-12 semanas postparto) para valorar si persiste algún defecto anatómico del esfínter (realizar hoja de colaboración dirigida a Consulta Cirugía Suelo Pélvico solicitando realización de eco endoanal tras lesión de esfínter en parto)

INDICADORES
% desgarros III y IV grado controlados en consulta en consulta de puerperio patológico

% desgarros a los que se le ha realizado eco endoanal

% desgarros III y IV grado controlados en la consulta de ginecología suelo pélvico

DURACIÓN
JUNIO 2018 - JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1065

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MINGUEZ MURO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CASAS PASCUAL PAULA
LOPEZ RODRIGUEZ NURIA
CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
BARTOLOME SESE ISABEL
LOPEZ SANGROS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo una revisión bibliográfica sobre la necesidad de realizar control anestésico previo en cirugía de cataratas en pacientes de bajo riesgo anestésico.
Se elaboro un protocolo para evaluar, por el oftalmólogo, el riesgo anestésico de los pacientes que iban a ser intervenidos de cataratas no complicada en nuestro sector, de forma que, una vez conocido el riesgo ASA, evitar la visita por parte del anestesista, en aquellos pacientes incluidos en los grupos de riesgo I y II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A pesar de que existen antecedentes descritos en la literatura científica, sobre una practica clínica similar a la que nosotros proponíamos, nuestro protocolo no fue aceptado por el servicio de anestesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso contar con la implicación de todos los equipos que forman parte del procedimiento quirúrgico, sin obviar ningún estamento de los mismos, para realizar cualquier modificación sobre los protocolos establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1065 ========== ***

Nº de registro: 1065

Título
EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

Autores:
MINGUEZ MURO ENRIQUE, ASCASO PUYUELO JAVIER, DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES, CASAS PASCUAL PAULA, LOPEZ RODRIGUEZ NURIA, CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, BARTOLOME SESE ISABEL, LOPEZ SANGROS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La cirugía de cataratas es, con diferencia, el procedimiento quirúrgico más frecuente en cualquier unidad de Oftalmología. En nuestro medio, todos los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, son sometidos a un estudio rutinario preoperatorio por parte del servicio de Anestesiología, lo que además de consumir recursos, supone la creación de una segunda lista de espera.
La anestesia tópica es una estrategia segura y rentable para abordar la intervención quirúrgica de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1065

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

pacientes con cataratas de baja complicidad.
Se ha estimado que la necesidad de atención, por parte de un anestesista, durante la cirugía de catarata con anestesia tópica, en pacientes ASA I-II y III sólo acontece en el 3,4% de casos, debido principalmente a crisis hipertensivas. Estos resultados cuestionan la utilidad de la consulta preoperatoria de anestesia, en la totalidad de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de cataratas. En la Guía de práctica de cirugía de cataratas, el Real Colegio de Anestesistas y el Real Colegio de Oftalmólogos de Londres, recomiendan, con un nivel de evidencia científica grado A, que las pruebas complementarias previas a la cirugía de cataratas, sólo sean consideradas cuando la historia clínica o la exploración física del paciente así lo aconsejen.
Deberían por tanto establecerse protocolos médicos desarrollados conjuntamente entre oftalmólogos y anestesiólogos para liberar de consultas a éstos últimos, optimizando la eficiencia de los recursos sin poner en riesgo la seguridad de nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar la consulta anestésica preoperatoria, a todos aquellos pacientes con cataratas susceptibles de ser intervenidas mediante anestesia tópica y que tengan un riesgo anestésico ASA I o II.
Elaborar una guía de valoración de la complejidad técnica de la intervención de cataratas, para diferenciar previamente a la cirugía, aquellos procedimientos susceptibles de poderse realizar mediante anestesia tópica de aquellos que puedan precisar anestesia loco-regional o general.
Desarrollar un cuestionario médico protocolizado, consensuado con el servicio de Anestesiología, que permita al médico oftalmólogo realizar el cribado de los pacientes que no vayan a necesitar la realización de un estudio anestésico preoperatorio previo a la intervención.

MÉTODO
Revisión de la literatura científica existente, para confeccionar una guía que permita estimar, de manera independiente al observador, la complejidad técnica de la intervención de cataratas y, por tanto, las posibilidades de poderla realizar mediante anestesia tópica.
Redacción de un cuestionario médico compuesto por preguntas tipo test, para poder calificar el riesgo anestésico de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas.
Modificación del circuito de inclusión en lista de espera. Los pacientes seleccionados para ser intervenidos con anestesia tópica y con un riesgo anestésico bajo deberán ser informados y recibir una hoja de recomendaciones para el día de la operación en la visita preoperatoria con su oftalmólogo. Será este mismo facultativo el que dará a firmar un consentimiento informado tanto para la cirugía de catarata como para anestesia.

INDICADORES
Número de pacientes operados de catarata sin necesidad de haber realizado la consulta anestésica preoperatoria.
Documento del HCU. Ficha rosa de inclusión en lista de demanda quirúrgica

DURACIÓN
Junio-Septbre 2018.Confección guía sobre complejidad técnica de cirugía de catarata. Responsable Dra. Caramello Alvarez. Dra. Bartolome. Dr Minguez
Octubre-Dbre 2018. Protocolo de evaluación del riesgo quirúrgico consensuado con Servicio Anestesia. Responsable Dr. Ascaso. Dra del Buey. Dra Lopez Rodriguez
Enero 2019. Modificación del circuito e inclusión en lista de demanda quirúrgica. Responsable. Dra Casas. Dra Lopez Sangros
Marzo 2019 se realizan las primeras intervenciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1119

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LEON REMON GARIJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
RAMIRO MILLAN PATRICIA
MINGUEZ MURO ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Hemos elaborado un Documento Informativo de dos páginas que responde a muchas de las dudas que se plantean los pacientes (o sus progenitores si son menores) cuando van a ser operados de estrabismo:
- ¿Deja cicatrices cutáneas la cirugía del estrabismo?
- ¿Ganaré visión con mi ojo estrábico si me opero?
- ¿Veré doble tras la cirugía del estrabismo?
- ¿Tendré que seguir tapándole a mi hijo el ojo dominante tras la cirugía?
- ¿Me operarán uno o los dos ojos?
- ¿Si mi hijo se opera, cuánto tiempo estará sin ir al colegio?, etc.

2.- Hemos realizado una encuesta de satisfacción a nuestros pacientes (o progenitores) operados de estrabismo, preguntándoles si el documento informativo respondía a la mayoría de sus dudas e inquietudes en relación con la cirugía del estrabismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Elaboración del documento informativo definitivo.
2.- Distribución del documento definitivo a los pacientes y/o progenitores operados de estrabismo en el ultimo trimestre del 2018.
3.- Se ha reducido, significativamente, el numero de consultas,tanto telefónicas, como físicas, en relación con la cirugía del estrabismo, lo cual nos permite ahorrar tiempo y dedicarlo a otras cuestiones de nuestra consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos redactado un DOCUMENTO INFORMATIVO claro y conciso, con lenguaje “asequible” al ciudadano medio, en el que se responden a muchas de las dudas que se plantean los pacientes (o sus progenitores, si son menores) que van a ser operados de estrabismo.
Este documento se reparte a los pacientes y familiares al mismo tiempo que leen y firman el consentimiento informado para cirugía del estrabismo.
Creemos que el documento es un elemento que mejora la relación médico-paciente y que ahorra un tiempo valioso al facultativo a la hora de tratar con los posibles operados.
Es importante que los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de estrabismo (procedimiento poco conocido por la población general) dispongan de toda la información para afrontar el proceso con el menor estrés y ansiedad posible y con una actitud positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1119 ========== ***

Nº de registro: 1119

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Autores:
REMON GARIJO LEON, PEREZ GARCIA DIANA, RAMIRO MILLAN PATRICIA, MINGUEZ MURO ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1119

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

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 del estrabismo representa una pequeña parte de toda la cirugía oftalmológica que se realiza en nuestro HCU. A diferencia de la cirugía de facoemulsificación para la extracción de cataratas, de la cirugía para el tratamiento del glaucoma, de la cirugía de retina y de otras cirugías oftalmológicas, todas las operaciones para la corrección de los estrabismos las llevamos a cabo con anestesia general, ingresando a nuestros pacientes la tarde anterior a la operación y dándoles de alta al día siguiente de la operación. La cirugía del estrabismo tiene unas características específicas que debemos tener en cuenta:
- Muchas veces la cirugía se lleva a cabo en niños, con la consiguiente ansiedad que genera la situación para toda la familia, tanto a los padres como a los hermanos, etc.
- La gente, en general, no tiene una idea clara de en qué consiste y como se realiza la cirugía del estrabismo.
- En el caso de los niños, muchos progenitores tienen serias dudas sobre los cuidados sobre el postoperatorio inmediato, sobre las actividades que pueden realizar sus hijos temporalmente tras la operación, sobre cuánto deben ausentarse de las clases, etc.
- En el caso de los adultos que operamos de estrabismo, también tienen numerosas preguntas: ¿puedo ver doble tras la operación?, ¿puedo conducir?, ¿cuanto tiempo aproximado estaré de baja laboral?, ¿me quedarán cicatrices visibles a nivel cutáneo?, etc.

Es evidente que en las consultas previas a la operación, algo hablamos con los pacientes, o con los progenitores que los acompañan caso de que sean menores; pero desgraciadamente, el tiempo que tenemos para las visitas no es tan amplio como nos gustaría y se quedan muchas preguntas “en el tintero”.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todos los operados y sus familiares tengan una buena información sobre la cirugía del estrabismo, sobretodo en relación al posoperatorio inmediato y a las recomendaciones y consejos que puedan favorecer su recuperación funcional, su calidad de vida y responda a muchas de sus dudas.

MÉTODO
Proponemos, que durante el primer cuatrimestre de 2018 vamos a redactar en la Sección de Estrabismos un Documento Informativo en el que trataremos de explicar a los pacientes de una manera clara, con un lenguaje comprensible y que no sea demasiado extenso, cómo es el postoperatorio a corto y medio plazo y las medidas que tienen que seguir, intentando responder a la mayoría de las preguntas que se nos plantean habitualmente en las consultas con todas aquellas personas a las que vamos a operar. Evidentemente, las informaciones contenidas en el consentimiento informado no serán objeto de este Documento Informativo.
Creemos que este documento repartido a todos los pacientes que vayamos a operar (o a los progenitores en el caso de los menores de edad), puede aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y ayudar a mejorar su calidad de vida durante el postoperatorio inmediato.

INDICADORES
Encuesta verbal y estadísticas de la sección.

DURACIÓN
-Enero a Abril 2018: Elaboración del Documento Informativo.
-Mayo a Octubre 2018: Entrega del Documento a los usuarios que van a ser operados de estrabismo (o a sus progenitores caso de que sean menores de edad).
-Noviembre 2018: Revisión del documento y redacción de posibles añadidos complementarios para responder a temas o cuestiones planteadas por los usuarios que no estuvieran reflejadas en el Documento inicial.
-Diciembre 2018: Elaboración del Documento Definitivo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
MARTINEZ MORALES JUANA
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL
CHACON VALLES MANUEL
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la implantación de la técnica quirúrgica, han sido intervenidos 25 pacientes de glaucoma, de ellos 15 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario angulo abierto), 3 pacientes con glaucoma uveítico (12%), 3 pacientes con glaucoma corticoideo (12%) y 4 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (16%).
La edad media 70 años, edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%).
De la muestra, 14 pacientes son del area de referencia del HCUZ (56%), 7 (28%) Barbastro, 3 Huesca (12%) 1 (4%) Calatayud.
En todos los pacientes se han analizado la agudeza visual, parámetros biomecánica corneal, Presión intraocular, astigmatismo corneal, calidad de vida y grado de satisfacción con la técnica.
Estos datos fueron analizados de forma preoperatoria, a la semana, 1, 2, 3, 6 meses, 1 año.
La realización de la técnica quirúrgica se hace de forma convencional en quirófano, siendo imprescindible el dispositivo iTrack que dispone de un sistema de iluminacion de fibra óptica que rebota en la punta, iluminándola, para la realización de la cateterización del Canal de Schlem. No es preciso personal adicional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han analizado 25 ojos de 25 pacientes con un seguimiento medio de 10,6 meses. La presión intraocular media preoperativa (PIO) era 28.4 ± 7.5 mmHg. La PIO medio al año era 15.9 ± 4.7 mmHg (prueba emparejada de t; P = 0.0001), con una reducción media desde el valor basal de 44% (rango, 11,1% a 82,8%). Después de 6 meses de seguimiento, un índice de éxito calificado basado en la PIO postoperatorio = 21, = 18, y = 16 mmHg fue obtenido en 23 (92%), 21 (84%), y 17 (68%) ojos. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 1 año fue de 3,2 ± 0,9 y 1,1 ± 1,3, respectivamente. Las complicaciones más frecuentemente observadas fue el hifema en 12 ojos (48%) y seidel (4%). El procedimiento entero según el protocolo estándar, no se pudo realizar en 1 paciente (4%).

En el subgrupo de los glaucomas corticoideos (3 pacientes 12%), la PIO media preoperatoria fue de 30,7 ± 7,2 mmHg (rango: 24-45). La media de la PIO en el seguimiento de 6 y 12 meses fue de 13,1 ± 2,6 mmHg y de 13,7 ± 1,9 mmHg, respectivamente. El éxito calificado y completo a los 6 y 12 meses fue de 100% para las dos definiciones. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 12 meses fue de 4,3 ± 0,7, y 0,2 ± 1,0, respectivamente.

En el subgrupo de los glaucoma uveíticos (3 pacientes 12%), se observó en una reducción significativa de la PIO, a partir de un nivel basal preoperatorio medio de 27,1 ± 12,3 mmHg a una media de 14,5 ± 4,3 mmHg (p = 0,01) a los 12 meses. El éxito completo (límite de 15 mmHg) fue alcanzado en seis pacientes. Sin embargo, el fracaso fue observado en cinco pacientes, dos de los cuales requirió cirugía adicional del glaucoma. Los medicamentos tópicos antiglaucomatosos se redujeron de 2,7 ± 1,2 (media ± SD) al inicio a 0,6 ± 1,2 a los 24 meses (p = 0,007). La actividad de uveítis no aumentó después de la cirugía. La mejor agudeza visual corregida no se redujo; la catarata progresó en dos pacientes.
En el subgrupo de rescate de cirugía previa fallida (4 pacientes 16%), la PIO preoperatoria era 32.2 ± 9.6 mmHg. En este grupo de pacientes, la canaloplastia pudo completarse correctamente en 3 casos; en 1 caso, sin embargo, el canal de Schlemm no pudo ser canulados en los 360 grados, convertiéndose en viscocanalostomía. El seguimiento oscilaba entre 6 y 14 meses (media, 16,7 ± 9,3 M). La PIO media en 2, 3, 6, y 12 meses era 17,3, 15,4, 14,7, y 16,3 mmHg, respectivamente.

El astigmatismo medio preoperatorio era 0,77 ± 0.5 Dioptrías (D), que aumentó a 3.3 ± 1.7 D en 2 semanas postoperatoriamente (P = 0.05; Wilcoxon-test). Posteriormente, el astigmatismo experimentó una disminución espontánea, alcanzando 1,9 ± 0,8 D a las 4 semanas y 1,2 ± 0,74 D a las 12 semanas postoperatoriamente. La mejor agudeza visual corregida, no cambió perceptiblemente. Seis meses después de canaloplastia, el astigmatismo medio alcanzó los valores preoperatorios de 0.86 ± 0.52 D. El astigmatismo a las 2 semanas se correlacionó perceptiblemente e inversamente con el IOP en 6 meses (r = 0.59, P = 0.005; Spearman).

Los pacientes intervenidos de canaloplastia CP (n = 25) fueron comparados a pacientes intervenidos de trabeculectomía TE (n = 30). En el grupo CP, el 57% de los pacientes expresaron gran satisfacción, mientras que el 41% de los pacientes del grupo TE dijeron que estaban muy satisfechos. La diferencia de satisfacción fue estadísticamente significativa (P = 0.034). Se necesitaron significativamente menos segundas cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

después de CP (8% CP versus 35% TE, P < 0.001). Los pacientes fueron más positivos en el grupo CP (54% CP versus 37% TE, P < 0.009). El estrés relacionado con la atención postoperatoria fue menor en el grupo de CP en comparación con el grupo TE (14% frente a 46%). Las dificultades con las actividades de la vida cotidiana, como la lectura, eran mucho más bajas o incluso inexistentes después de la CP, y las quejas como ardor o picadura de los ojos eran significativamente menores en el grupo de CP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La canaloplastia es una técnica quirúrgica compleja; sin embargo, los resultados a mediano plazo son prometedores. El grado de complicaciones es escaso y rara vez son graves. La principal ventaja de este procedimiento es la ausencia de ampolla de filtración y la restauración fisiológica de la salida del humor acuoso.

Los resultados a medio plazo de canaloplastia en pacientes con glaucoma corticoesteroide-inducido, uveíticos y refractarios, son muy prometedores. La canaloplastia debe considerarse como una posible alternativa a la cirugía filtrante en estas formas de glaucoma, cuando la terapia médica no es suficiente para mantener el PIO dentro de límites razonables.

El cambio del astigmatismo después de canaloplastia sigue un curso claro del tiempo con un máximo en 2 semanas que alcanzan valores preoperativos en 6 meses. La cantidad de astigmatismo inducido quirúrgicamente podría ser útil para predecir el resultado de la canaloplastia en términos de reducción de la PIO.

En comparación con trabeculectomía, la canaloplastia se asocia con menos deterioro de la calidad de vida (QoL) y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía. Sin embargo, se necesitan datos a largo plazo sobre la reducción de la presión intraocular después de la cirugía para confirmar la satisfacción del paciente a largo plazo con esta cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1473 ========== ***

Nº de registro: 1473

Título
RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GARCES PINZOLAS ASUNCION, SIERRA GRACIA MARIA ELENA, ASCASO PUYUELO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias.
La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida.
Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital ClínicoUniversitario “Lozano Blesa” es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

RESULTADOS ESPERADOS
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.
El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.
Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

MÉTODO
Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al dia siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroideo.
Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las tecnicas convencionales.

INDICADORES
Valoracion de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

DURACIÓN
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 20-30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
MARTINEZ MORALES JUANA
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL
CHACON VALLES MANUEL
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la implantación de la técnica quirúrgica, han sido intervenidos 25 pacientes de glaucoma, de ellos 15 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario ángulo abierto), 3 pacientes con glaucoma uveítico (12%), 3 pacientes con glaucoma corticoideo (12%) y 4 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (16%).
La edad media 70 años, edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%).
De la muestra, 14 pacientes son del área de referencia del HCUZ (56%), 7 (28%) Barbastro, 3 Huesca (12%) 1 (4%) Calatayud.
En todos los pacientes se han analizado la agudeza visual, parámetros biomecánica corneal, Presión intraocular, astigmatismo corneal, calidad de vida y grado de satisfacción con la técnica.
Estos datos fueron analizados de forma preoperatoria, a la semana, 1, 2, 3, 6 meses, 1 año.
La realización de la técnica quirúrgica se hace de forma convencional en quirófano, siendo imprescindible el dispositivo iTrack que dispone de un sistema de iluminación de fibra óptica que rebota en la punta, iluminándola, para la realización de la cateterización del Canal de Schlem. No es preciso personal adicional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han analizado 25 ojos de 25 pacientes con un seguimiento medio de 10,6 meses. La presión intraocular media preoperativa (PIO) era 28.4 ± 7.5 mmHg. La PIO medio al año era 15.9 ± 4.7 mmHg (prueba emparejada de t; P = 0.0001), con una reducción media desde el valor basal de 44% (rango, 11,1% a 82,8%). Después de 6 meses de seguimiento, un índice de éxito calificado basado en la PIO postoperatorio = 21, = 18, y = 16 mmHg fue obtenido en 23 (92%), 21 (84%), y 17 (68%) ojos. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 1 año fue de 3,2 ± 0,9 y 1,1 ± 1,3, respectivamente. Las complicaciones más frecuentemente observadas fue el hifema en 12 ojos (48%) y seidel (4%). El procedimiento entero según el protocolo estándar, no se pudo realizar en 1 paciente (4%).

En el subgrupo de los glaucomas corticoideos (3 pacientes 12%), la PIO media preoperatoria fue de 30,7 ± 7,2 mmHg (rango: 24-45). La media de la PIO en el seguimiento de 6 y 12 meses fue de 13,1 ± 2,6 mmHg y de 13,7 ± 1,9 mmHg, respectivamente. El éxito calificado y completo a los 6 y 12 meses fue de 100% para las dos definiciones. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 12 meses fue de 4,3 ± 0,7, y 0,2 ± 1,0, respectivamente.

En el subgrupo de los glaucoma uveíticos (3 pacientes 12%), se observó en una reducción significativa de la PIO, a partir de un nivel basal preoperatorio medio de 27,1 ± 12,3 mmHg a una media de 14,5 ± 4,3 mmHg (p = 0,01) a los 12 meses. El éxito completo (límite de 15 mmHg) fue alcanzado en seis pacientes. Sin embargo, el fracaso fue observado en cinco pacientes, dos de los cuales requirió cirugía adicional del glaucoma. Los medicamentos tópicos antiglaucomatosos se redujeron de 2,7 ± 1,2 (media ± SD) al inicio a 0,6 ± 1,2 a los 24 meses (p = 0,007). La actividad de uveítis no aumentó después de la cirugía. La mejor agudeza visual corregida no se redujo; la catarata progresó en dos pacientes.
En el subgrupo de rescate de cirugía previa fallida (4 pacientes 16%), la PIO preoperatoria era 32.2 ± 9.6 mmHg. En este grupo de pacientes, la canaloplastia pudo completarse correctamente en 3 casos; en 1 caso, sin embargo, el canal de Schlemm no pudo ser canulados en los 360 grados, convertiéndose en viscocanalostomía. El seguimiento oscilaba entre 6 y 14 meses (media, 16,7 ± 9,3 M). La PIO media en 2, 3, 6, y 12 meses era 17,3, 15,4, 14,7, y 16,3 mmHg, respectivamente.

El astigmatismo medio preoperatorio era 0,77 ± 0.5 Dioptrías (D), que aumentó a 3.3 ± 1.7 D en 2 semanas postoperatoriamente (P = 0.05; Wilcoxon-test). Posteriormente, el astigmatismo experimentó una disminución espontánea, alcanzando 1,9 ± 0,8 D a las 4 semanas y 1,2 ± 0,74 D a las 12 semanas postoperatoriamente. La mejor agudeza visual corregida, no cambió perceptiblemente. Seis meses después de canaloplastia, el astigmatismo medio alcanzó los valores preoperatorios de 0.86 ± 0.52 D. El astigmatismo a las 2 semanas se correlacionó perceptiblemente e inversamente con el IOP en 6 meses (r = 0.59, P = 0.005; Spearman).

Los pacientes intervenidos de canaloplastia CP (n = 25) fueron comparados a pacientes intervenidos de trabeculectomía TE (n = 30). En el grupo CP, el 57% de los pacientes expresaron gran satisfacción, mientras que el 41% de los pacientes del grupo TE dijeron que estaban muy satisfechos. La diferencia de satisfacción fue estadísticamente significativa (P = 0.034). Se necesitaron significativamente menos segundas cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

después de CP (8% CP versus 35% TE, P < 0.001). Los pacientes fueron más positivos en el grupo CP (54% CP versus 37% TE, P < 0.009). El estrés relacionado con la atención postoperatoria fue menor en el grupo de CP en comparación con el grupo TE (14% frente a 46%). Las dificultades con las actividades de la vida cotidiana, como la lectura, eran mucho más bajas o incluso inexistentes después de la CP, y las quejas como ardor o picadura de los ojos eran significativamente menores en el grupo de CP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La canaloplastia es una técnica quirúrgica compleja; sin embargo, los resultados a mediano plazo son prometedores. El grado de complicaciones es escaso y rara vez son graves. La principal ventaja de este procedimiento es la ausencia de ampolla de filtración y la restauración fisiológica de la salida del humor acuoso.

Los resultados a medio plazo de canaloplastia en pacientes con glaucoma corticoesteroide-inducido, uveíticos y refractarios, son muy prometedores. La canaloplastia debe considerarse como una posible alternativa a la cirugía filtrante en estas formas de glaucoma, cuando la terapia médica no es suficiente para mantener el PIO dentro de límites razonables.

El cambio del astigmatismo después de canaloplastia sigue un curso claro del tiempo con un máximo en 2 semanas que alcanzan valores preoperativos en 6 meses. La cantidad de astigmatismo inducido quirúrgicamente podría ser útil para predecir el resultado de la canaloplastia en términos de reducción de la PIO.

En comparación con trabeculectomía, la canaloplastia se asocia con menos deterioro de la calidad de vida (QoL) y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía. Sin embargo, se necesitan datos a largo plazo sobre la reducción de la presión intraocular después de la cirugía para confirmar la satisfacción del paciente a largo plazo con esta cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1473 ========== ***

Nº de registro: 1473

Título
RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GARCES PINZOLAS ASUNCION, SIERRA GRACIA MARIA ELENA, ASCASO PUYUELO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias.
La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida.
Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital ClínicoUniversitario “Lozano Blesa” es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

RESULTADOS ESPERADOS
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.
El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.
Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

MÉTODO
Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al dia siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroideo.
Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las tecnicas convencionales.

INDICADORES
Valoracion de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

DURACIÓN
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 20-30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ANDRES CONEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISLA CASADO DOLORES
ESCUDERO EMPERADOR PILAR
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
MURILLO JASO LAURA
LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE
CORRAL SUBIAS MONICA
BUESO INGLAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se realiza una reunion del Grupo de Trabajo de Cáncer Hereditario y Familiar del Hospital para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.
El grupo de trabajo de cáncer hereditario y familiar del hospital se reunió el día 21 de Noviembre y acordó la siguiente distribución de tareas en función de las diferentes patologías:
- TUMORES DE MAMA Y OVARIO: Dra. Andrés, Dra leal, Dr. Yubero.
- TUMORES DE ORIGEN DIGESTIVO Y GINECOLÓGICO: Dr. Ferrández, Dr. Sopeña, Dr. Yubero, Dra. Andrés.
- TUMORES ENDOCRINOLÓGICOS: Dra. Aguilló.
- MELANOMA Y TUMORES DE PIEL: Dra. Morales.
- TUMORES UROLOGICOS: Dr. Subirá.

Se acuerda que el protocolo recoja las indicaciones de estudio genético que aparecen en las principales guías clínicas: NCCN (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf), ESMO (https://www.esmo.org/Guidelines/Hereditary-Syndromes) y SEOM (Llort et al. Clin Transl Oncol. 2015; 17: 956–961).

5.2 Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se adecúa a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realiza una reunión de consenso y otra de evaluación.

El grupo de trabajo de cáncer hereditario y familiar del hospital ha elaborado el documento a partir de un consentimiento informado aprobado por la sección de cancer hereditario de SEOM, y que sigue las directrices que recoge el documento de posicionamiento sobre la utlización de NGS en cáncer hereditario de la AEGH.

5.3. Implementación del nuevo documento de consentimiento informado.
El anterior documento ha sido sustituido por el nuevo. Es requisito previo a la realización del estudio genético mediante NGS, la firma del actual documento de consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. Actividad de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario y Familiar:
Durante el año 2018 la actividad de la consulta realizada por el Sº de Oncología Médica ha aumentado de forma considerable con respecto al año anterior:
- Primeras: incremento de un 95% (año 2018: 382, año 217: 195).
- Sucesivas: incremento de un 35.82 %(año 2018: 345, año 2017: 254).

Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.2 Adaptación de la consulta a los nuevos modelos de asesoramiento:
La incorporación de NGS al asesoramiento genético del cáncer ha supuesto una mejora en el diagnóstico genético. La introducción de genes que se asocian a riesgo moderado ha traído consigo la necesidad de implementar nuevos modelos de asesoramiento, que incluyen la aplicación de herramientas de evaluación de riesgo, como BOADICEA y CaGENE. Dichas herramientas incorporan en la actualidad los valores de penetrancia de la enfermedad para genes de riesgo moderado lo que unido a la historia familiar permite hacer una evaluación del riesgo más precisa para el paciente y sus familiares. Para cada paciente se elabora un informe que recoge el resultado del estudio genético, la evaluación del riesgo de cáncer y las recomendaciones de reducción de riesgo y de diagnóstico precoz. La detección de un número elevado de variantes de significado clínico incierto supone un reto en la actualidad.
Se realiza la adaptación del asesoramiento al protocolo creado en 100% de casos.
Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.3 Estudios genéticos realizados mediante NGS.
Se ha realizado un estudio genético mediante NGS a los pacientes remitidos a la consulta de “Asesoramiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Genético de Cáncer Hereditario y Familiar" dependiente del Servicio de Oncología Médica. El estudio fue llevado a cabo a partir de DNA extraído de sangre total en el equipo MiniSeq de Illumina, mediante un panel de 27 genes (Panel Cáncer Hereditario (HCS) de SOPHiA GENETICS CE-IVD NGS) en el que se incluyen, entre otros, genes tanto de alta penetrancia (OD>5) como de penetrancia moderada (OD 2-5) para el cáncer. Los 27 genes incluidos en el panel son: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, APC, MUTYH, ATM, PALB2, CHEK2, BRIP1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1, NBN, BARD1, RAD50, MRE11A, FAM175A y XRCC2. El panel de genes se divide en varios subpaneles, de manera que en cada individuo se realiza el estudio del subpanel o de los subpaneles que se correlacionan con el fenotipo presente en la familia. Los subpaneles son:

- Panel de cáncer de mama: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1.
- Panel de cáncer de ovario: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, BRIP1, RAD51C, RAD51D.
- Panel de cáncer de mama y ovario: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, BRIP1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1.
- Panel de cáncer colorrectal con poliposis: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, STK11.
- Panel de cáncer colorrectal sin poliposis – endometrio: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, MUTYH, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11.
- Panel de cáncer gástrico: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, CDH1, TP53, STK11.
- Panel de melanoma: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, CDKN2A, CDK4, PTEN, PIK3CA.
- Panel cáncer de páncreas: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, TP53, STK11.
- Panel de cáncer de próstata: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, TP53.
- Panel de cáncer renal: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PTEN, PIK3CA.
- Panel de cáncer de tiroides: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, TP53, PTEN, PIK3CA.

Desde Junio de 2017 a Junio de 2018 se han realizado 303 estudios mediante NGS. Se han detectado 39 (12.8%) variantes patogénicas y 99 (32.7%) variantes de significado clínico incierto.
Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.4.Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario e implementación del mismo en el 100% de casos susceptibles.
Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado notablemente la asistencia en la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario gracias a la elaboración de Protocolos de utilización de NGS de asesoramiento genético en cáncer hereditario, previa elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
De esta forma se realiza una selección adecuada de los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.
En el primer semestre de 2019 está prevista una nueva revisión del protocolo de utilización de NGS por parte Grupo de Trabajo en Cáncer Hereditario y Familiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1195 ========== ***

Nº de registro: 1195

Título
INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Autores:
ANDRES CONEJERO RAQUEL, ISLA CASADO DOLORES, ESCUDERO EMPERADOR PILAR, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, MURILLO JASO LAURA, LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE, CORRAL SUBIAS MONICA, BUESO INGLAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las técnicas de Secuenciación masiva = Next Generation Sequencing (NGS) requieren protocolos de utilización en asesoramiento genético en cáncer hereditario y un consentimiento informado específico.
La Asociación Española de Genética Humana ha elaborado un documento de posicionamiento sobre la utlización de NGS en cáncer hereditario como herramienta de diagnóstico genético. En la última reunión de la Sección de Cáncer Hereditario de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se decidió que ésta avale dicho documento. Se deben adecuar las recomendaciones a la práctica asistencial de nuestro Hospital.
Se plantea la necesidad de incorporar estas técnicas en pacientes seleccionados de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS asesoramiento genético en cáncer hereditario.
2. Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM

3. Seleccionar con dichos protocolos los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.

MÉTODO
1.- Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se realizará una reunión bimensual para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.
2.- Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realizará una reunión de consenso y otra de evaluación.

INDICADORES
1.- Protocolo de utilización de NGS / tipo de patología. (Plantear Protocolo en el 100% de los casos)
2.- Elaboración de consentimiento para realización de NGS. (100% de pacientes a los que se realice NGS deben firmar el Protocolo)
3.- Número de paneles genéticos / Número de pruebas genéticas realizadas (al menos 10% de pacientes)
4.- Número de primeras consultas en las que se plantea NGS / Número de primeras consultas. (10% al menos)
5.- Número de estudios familiares en los que se plantea NGS / Número de estudios de familiares. (5% al menos)

DURACIÓN
1. Elaboración de protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Marzo-Diciembre 2018
2. Elaboración de consentimiento informado sobre la realización de un panel de genes en cáncer hereditario.
Marzo-Junio 2018.
3. Implementación en consulta: Junio-2018 a Diciembre 2018.

OBSERVACIONES
ESTA RESPUESTA SUSTITUYE A LA ANTERIOR EN LA QUE ESTABA EQUIVOCADO EL DNI. ESTE ES EL CORRECTO.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ISLA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
ESCUDERO EMPERADOR PILAR
ANDRES CONEJERO RAQUEL
MURILLO JASO LAURA
LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE
TORRES SAIZ ALICIA
HUERCANOS ESPARZA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de funcionamiento global del servicio orientado a agentes externos e internos implicados en la puesta en marcha, desarrollo y cierre de ensayos clínicos. En él se recogió la información sobre los aspectos esenciales de la preparación y conducción de visitas de pre-inicio, inicio, monitorización y cierre. Así como el proceso de obtención, manejo, almacenaje y envío de muestras biológicas, realización de cuestionarios de calidad de vida, realización pruebas de imagen, prescripción, dispensación y administración de fármacos, así como la descripción del procedimiento de varias cuestiones administrativas como son la emisión de certificados de calidad y calibración entre otros.
La comunicación de la creación de este nuevo documento se ha realizado vía email a los profesionales a los que les aplica su uso.
Este protocolo permitirá optimizar la investigación a nivel administrativo y clínico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total, durante el año2017se realizaron 23 visitas de apertura de ensayos clínicos nuevos. Por otra parte, en ese mismo año se cerraron 10 ensayos. Durante el año 2018 se han abierto 16 ensayos y se han cerrado 11.

Teniendo cuenta estas cifras, en el servicio de Oncología Médica del HCULB participamos de manera estable en unos 45-50 ensayos clínicos (EC) de diferentes especialidades oncológicas además de tener 15-25 ensayos en fase de seguimiento en los cuales no hay pacientes en tratamiento dentro del estudio ni es posible reclutar otros nuevos, pero en los que se solicitan datos de supervivencia y tratamientos posteriores hasta el fallecimiento de los pacientes. En esta fase también se mantiene una revisión continua de los datos para depurarlos y resolver las discrepancias que puedan haberse generado en ellos.
A continuación, se detallan los indicadores previstos junto con su valor y el logro alcanzado por fechas, así como el método de obtención fuente para cada uno de ellos:

RESUMEN DE RESULTADOS.

1 Protocolo de Funcionamiento global:
Nº apartados planificados/nº apartados desarrollados
Valor del indicador: 100%
Fuente: Bibliografía
2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo.
Nº de visitas inicio con el nuevo protocolo/Nº visitas inicio totales x 100
Valor del indicador: 66%
Fuente:Registro de la Unidad de Investigación
3. Atención de Monitorizaciones según Protocolo.
Nº de visitas de monitorización con el nuevo protocolo/Nº visitas de monitorización totales x 100
Valor del indicador 30%
Fuente:Registro de la Unidad de Investigación
4. Número de reuniones de coordinación
Nº total: 4
Fuente: Registro interno del equipo de trabajo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo elaborado aglutina los procedimientos más relevantes en relación a los ensayos clínicos. A diciembre de 2018 únicamente logramos finalizar la preparación del mismo y su aceptación por parte del equipo de trabajo, pero no implementar su uso en visitas de inicio, monitorización y cierre. Esta tarea se ha iniciado el 8 de enero de 2019 logrando en las primeras 5 semanas de uso los indicadores previstos inicialmente en el proyecto e incluso superando las expectativas. Consideramos que es un documento interesante de consulta para agentes internos y externos al hospital pero su utilidad será evaluada en marzo 2019 a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

través de un cuestionario elaborado para tal fin y recogido en este enlace:
https://www.survio.com/survey/d/K8D9O4M3F2F6M0N3J.
Para la replicación del proyecto recomendamos que en caso de ser una unidad como la nuestra en la que ya se venían realizando ensayos clínicos, se haga un listado de los procedimientos que más habitualmente se realizan en la conducción de ensayos clínicos en el servicio concreto. Además, sería conveniente complementar el listado con las dudas que con más frecuencia plantea el personal del hospital y el personal representante del promotor y se busque con la elaboración del protocolo dar respuesta o indicaciones para todos aquellos aspectos identificados. Nuestro índice de apartados puede servir de modelo o base para la elaboración del protocolo en otros centros, pero el procedimiento en sí puede tener variaciones de un hospital a otro o de un servicio a otro debido a la organización del mismo o a su idiosincrasia.

7. OBSERVACIONES.
La evaluación de la utilidad del contenido y formato del protocolo elaborado será evaluada en marzo 2019

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1196 ========== ***

Nº de registro: 1196

Título
CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

Autores:
ISLA CASADO DOLORES, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, ESCUDERO EMPERADOR PILAR, ANDRES CONEJERO RAQUEL, MURILLO JASO LAURA, LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE, TORRES SAIZ ALICIA, HUERCANOS ESPARZA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La participación de los pacientes en Ensayos Clínicos nacionales e internacionales es una oportunidad para ellos de acceso a novedosos tratamientos y un motor de avance en la investigación oncológica. Es un trabajo de ya muchos años por parte de profesionales del Servicio, lo que ha permitido que Ensayos de muy alto nivel puedan estar disponibles para nuestros pacientes. Dicha actividad en la que participan principalmente los investigadores responsables de los Ensayos, los coordinadores de Ensayos y enfermería requiere una gestión adecuada para optimizar dicha investigación a nivel burocrático y clínico.
Se va a crear un Protocolo de Funcionamiento de esta Unidad en el seno del Servicio de Oncología Médica.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Creación de un Protocolo de Funcionamiento de la Unidad.
2. Elaboración de Protocolos para visitas de inicio, monitorizaciones y cierres de ensayos, así como intervenciones sobre pacientes como extracciones de analíticas y cuestionarios de calidad de vida.

MÉTODO
1. Protocolo de Funcionamiento global.
2. Visitas de inicio de ensayos clínicos.
3. Protocolo para atención de monitorizaciones.
4. Protocolo para visitas de cierre de ensayos clínicos.
5. Coordinación de toma de muestras de ensayos clínicos.
6. Coordinación de realización de cuestionarios de calidad de vida.

INDICADORES
1. Protocolo de Funcionamiento global. (Elaborarlo en su totalidad)
2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
3. Visitas de cierre realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
4. Atención de Monitorizaciones según Protocolo. (30% del total)
5. Número de reuniones de coordinación: 4.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

DURACIÓN
1. Elaboración de Protocolos. Marzo-Septiembre 2018
2. Implementación: Septiembre-2018 a Diciembre 2018.
3. Reuniones periódicas: Mayo-Julio-Septiembre-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 - 2018/0159

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GARCIA CURDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL
VALLES VARELA HECTOR
ROYO LOPEZ JUAN
LOPEZ BUIL JESSICA
GIL GRASA GUILLERMO
VELA GAJON PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una ficha-resumen, para completar después de que cada paciente oncológico fuese presentado en el Comité de Tumores, de modo que fuese más fácil su seguimiento posterior en consultas. Esta hoja se presentó en una sesión clínica del Servicio de Otorrinolaringología para el conocimiento por parte de todos los facultativos del Servicio. Este método se comenzó a utilizar desde finales de abril de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con esta actualización lo que se ha pretendido es mejorar la calidad de la atención al paciente oncológico, aumentando la precisión en el seguimiento y mejorando el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras casi 10 meses de uso, el Servicio ha confirmado la utilidad de dicha ficha, sobretodo los facultativos dedicados a la oncología de la esfera ORL. No obstante, se siguen apuntando cosas a mejorar, para poder pulirla en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/159 ========== ***

Nº de registro: 0159

Título
ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

Autores:
GARCIA CURDI FERNANDO, AGREDA MORENO BEATRIZ, SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, VALLES VARELA HECTOR, ROYO LOPEZ JUAN, LOPEZ BUIL JESSICA, GIL GRASA GUILLERMO, VELA GAJON PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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
La patología oncológica es cada vez más frecuente en nuestro medio, y sobretodo en una especialidad como Otorrinolaringología, que abarca los tumores de Cabeza y Cuello. Los pacientes oncológicos, suelen ser pacientes complejos, pluripatológicos y tratados de una forma multidisciplinar. Por ello, en ocasiones resulta difícil conocer los detalles de evolución de cada paciente, ya que hay que revisar historias de varias especialidades para evaluar el seguimiento y los tratamientos que ha recibido.

Por ello, en nuestro servicio, desde hace años existe una ficha-resumen del paciente oncológico en la primera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0159

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

hoja de nuestra historia. En dicha ficha recogemos un breve resumen de la enfermedad del paciente.

Pretendemos actualizar esta pequeña ficha, para que sea todavía más rápido conocer al paciente de un solo vistazo, adjuntándola en la primera hoja. Se recogerán datos como la fecha de primera visita, fecha de diagnóstico del tumor, localización, estirpe histológica y TNM inicial tras haber pasado por el Comité de Tumores.

Se habilitará una tabla en la que se podrán recoger los tratamientos que reciba el paciente y la fecha de inicio y final de dicho tratamiento. Además se podrá anotar si el paciente ha sufrido una recidiva/progresión de su enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja se puede conocer la historia de un paciente. De esta manera, un médico puede conocer a un paciente que nunca ha atendido en pocos segundos, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico y tratamiento.

MÉTODO
Se ha realizado una ficha-resumen, que se deberá rellenar en todos los pacientes oncológicos (una vez hayan sido presentados en el Comité de Tumores) valorados por el servicio de ORL a partir de que se ponga en marcha este proyecto. Para ello se explicará el funcionamiento de esta hoja en una sesión del Servicio de Otorrinolaringología a todos los miembros del Servicio.

INDICADORES
Se hará una encuesta a los miembros del Servicio de Otorrinolaringología pasado un tiempo, para ver la utilidad de la aplicación. Con ello podremos detectar defectos que hayamos encontrado e intentar buscar la manera de solucionarlos.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará con carácter inmediato y se prolongará en la medida en la que se compruebe su utilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
GARCIA CURDI FERNANDO
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
VELA GAJON PABLO
MILLAN GUEVARA JOSE
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, discutido en sesiones de servicio y aprobados en una de dichas sesiones.
Se han repartido ejemplares en los despachos de las consultas externas de ORL del HCUZ.
Se ha puesto en marcha su utilización, informando a los pacientes del cambio asistencial propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización de los protocolos ha sido a satisfacción de todos los facultativos que han considerado que ayuda en su labor de una mejor atención de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha ha sido dificultosa, por:
- Años de trabajo con los mismos métodos y costumbres. Se han de cambiar las rutinas de los facultativos y las de los pacientes.
- Falta de tiempo para explicar a los pacientes el cambio en nuestro modo de trabajo, respecto de las revisiones que se realizan.
- Más falta de tiempo para cumplimentar los informes necesarios de alta de consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/417 ========== ***

Nº de registro: 0417

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, AGREDA MORENO BEATRIZ, GARCIA CURDI FERNANDO, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, VELA GAJON PABLO, MILLAN GUEVARA JOSE, LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

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

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.
Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:
Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.
Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.
Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.
La evaluación de resultados se realizara en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
GARCIA CURDI FERNANDO
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
VELA GAJON PABLO
MILLAN GUEVARA JOSE
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha unificado los criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico.
Protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.
Entrevistas a los miembros del Servicio, comprobando la aplicación de los protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
Se ha reducido el número de consultas de revisión innecesarias.
Se ah disminuido la lista de espera en consultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Siguiendo un protocolo de revisiones, todos los pacientes con patología similar reciben el mismo tratamiento y seguimiento.
Con un protocolo de revisiones, se reduce el número de consultas innecesarias y se reduce la lista de espera en consultas.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente la evaluación de resultados que se realizara durante este añó.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/417 ========== ***

Nº de registro: 0417

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, AGREDA MORENO BEATRIZ, GARCIA CURDI FERNANDO, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, VELA GAJON PABLO, MILLAN GUEVARA JOSE, LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA FARINGOLARINGEA Y CERVICOFACIAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.
Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:
Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.
Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.
Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.
La evaluación de resultados se realizara en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0429

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO ALFONSO COLLADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL SENZ LUIS
GRACIA SIMON LAURA
GIL GRASA GUILLERMO
LOPEZ BUIL JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, discutido en sesiones de servicio y aprobados en una de dichas sesiones.
Se han repartido ejemplares en los despachos de las consultas externas de ORL del HCUZ.
Se ha puesto en marcha su utilización, informando a los pacientes del cambio asistencial propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización de los protocolos ha sido a satisfacción de todos los facultativos que han considerado que ayuda en su labor de una mejor atención de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha ha sido dificultosa, por:
- Años de trabajo con los mismos métodos y costumbres. Se han de cambiar las rutinas de los facultativos y las de los pacientes.
- Falta de tiempo para explicar a los pacientes el cambio en nuestro modo de trabajo, respecto de las revisiones que se realizan.
- Más falta de tiempo para cumplimentar los informes necesarios de alta de consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/429 ========== ***

Nº de registro: 0429

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

Autores:
ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO, FUMANAL SENZ LUIS, GRACIA SIMON LAURA, GIL GRASA GUILLERMO, LOPEZ BUIL JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología de macizo facial, senos paranasales y base de cráneo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Rinología para realizar revisiones en el mismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0429

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.

2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.

3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUADRON ANDRES LORENA
ASCASO MATAMALA ANGELA
MUÑOZ JALLE ELENA
ESCRIBANO GARCIA ANA
ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO
FERRER SANTOS PILAR
BEAUMONT ROMEA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha llevado a cabo la adquisición e implantación de mochila específica de emergencias, fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada según secuencia específica.
- Se ha procedido a la localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable situado en despacho médico del área de Urgencias de Pediatría.
- Se ha ordenado el material en compartimentos según la secuencia específica: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Se han realizado sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Se han establecido unas normas de revisión periódica del material y la medicación, elaborándose una hoja de registro y lista de comprobación del material y repuestos necesarios. Se ha fijado una periodicidad mensual para comprobar fechas de caducidad de medicación y de material y comprobación del buen funcionamiento de la bolsa autoinflable (ambú®) y periodicidad cada 48 horas para comprobar medicación básica de urgencia en buenas condiciones (adrenalina, amiodarona)
- La revisión mensual se ha registrado mediante firma por la persona responsable en la hoja de registro incluida en el interior de la mochila.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- La adquisición de una mochila específica de emergencias ha permitido mejorar el acceso y ordenación de medicación y material de RCP, facilitando su revisión y reposición.
- Se ha elaborado e instaurado una hoja de cálculo de registro de medicación y material e implicación del personal tanto médico como de enfermería en la revisión del material y contenido de la mochila de RCP (Cumplimentación hoja de registro (100%) y Revisión mensual mochila RCP (100%).
- Se han llevado a cabo y cumplimentado las sesiones informativas al personal sanitario (MIR Pediatría, FEA Pediatría y Personal Enfermería de Urgencias) 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El equipo valora de forma muy positiva la estandarización del material y su revisión protocolizada, permitiendo un fácil acceso y confianza en los facultativos a la hora de abordar situaciones de urgencia.
- Se trata de un proyecto sostenible que se va a seguir desarrollando en el Servicio de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/761 ========== ***

Nº de registro: 0761

Título
ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, CUADRON ANDRES LORENA, ASCASO MATAMALA ANGELA, MUÑOZ JALLE ELENA, ESCRIBANO GARCIA ANA, ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO, FERRER SANTOS PILAR, BEAUMONT ROMEA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria (PCR) se puede presentar en cualquier lugar y en cualquier momento y por ello todos los centros sanitarios y los servicios de urgencias deben disponer de personal y material adecuado para realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP). Por otra parte, los errores con el material y la medicación durante la RCP no son infrecuentes y pueden tener repercusiones muy importantes.
Las mochilas de RCP deben tener el material y la medicación para llevar a cabo de forma rápida y eficiente una RCP pediátrica. Debe existir al menos una mochila de RCP accesible en el Servicio de Urgencias de Pediatría. Debe contener solo el material y la medicación imprescindibles para realizar una RCP y atender a las urgencias vitales. El material debe ser conocido por el personal, incluir los repuestos necesarios y ser revisado y repuesto periódicamente.
La estandarización y unificación del contenido (material y medicación) de los carros y mochilas de RCP pediátrica, así como el entrenamiento del personal en su utilización, son una parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar la identificación y el acceso de la mochila de RCP presente en el Servicio de Urgencias de Pediatría.
- Estandarizar y unificar del contenido (material y medicación) de la mochila de RCP pediátrica estableciendo un protocolo de revisión periódica.
- Entrenamiento del personal en su utilización como parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

MÉTODO
- Adquisición e implantación de mochila fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada.
- Localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable.
- Ordenar el material por colores o compartimentos según la secuencia: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos.

INDICADORES
- Instauración de registro y ordenación de medicación según secuencia específica
- Calendario de revisión periódica mensual con identificación de persona responsable.
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería con periodicidad bimensual.

DURACIÓN
- Adquisición e implantación de mochila de RCP en un lugar accesible e identificable de RCP, así como ordenación del material en marzo 2018
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación del carro (abril 2018-mayo 2019 con periodicidad bimensual)
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos (abril 2018- mayo 2019 con periodicidad mensual)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

```
-----------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTA BLAS PALOMA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER
HUETO NAJARRO ALBA
REVUELTA CABELLO ANA
BERBES LOPEZ CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde enero a junio de 2018:
- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos en pediatría
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones informativas en el servicio de pediatría sobre sedoanalgesia en urgencias y sobre el empleo de óxido nitroso para procedimientos dolorosos.

Desde junio a diciembre de 2018:
- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes que se entregan antes del empleo del óxido nitroso en las que se explica qué es el óxido nitroso y cómo se administra, cuáles son sus efectos beneficios y posibles efectos adversos, así como unas recomendaciones al alta.
- Elaboración de una base de datos de los pacientes a los que se administró óxido nitroso inhalado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se llevó a cabo la elaboración de una base de datos en las que se han incluido cada uno de los pacientes en los que se administró óxido nitroso inhalado, así como los siguientes indicadores: edad del paciente, tipo de procedimiento doloroso para el cual se administra óxido nitroso, eficacia de su utilización, efectos adversos acontecidos, satisfacción por parte del paciente y de sus acompañantes en cuanto a los efectos obtenidos con su administración y si se entrega la hoja de recomendaciones.
Desde junio a diciembre de 2018 se han incluido 42 pacientes a los que se administró óxido nitroso inhalado. En el 46,6% de los casos se empleó para procedimientos traumatológicos (reducción de fracturas o luxaciones), en el 33,3% de los casos para suturas de heridas y en el 20% para otras indicaciones como canalización de vías, punciones lumbares y drenaje de abscesos. La administración de dicho fármaco fue eficaz en 91 % de los pacientes, no hubo complicaciones en ningún paciente y sólo se objetivó en un caso euforia como efecto adverso, que cedió rápidamente tras el cese de administración. Se entregó hoja de recomendaciones en todos los pacientes. En el 98% de los casos se objetivó satisfacción por parte del paciente o sus acompañantes en cuanto a los efectos obtenidos.

Indicadores:
- Número de pacientes en los cuales la administración de óxido nitroso fue eficaz: 91%
- Número de pacientes en los que se entregó hoja de recomendaciones: 100%
- Número de pacientes/acompañantes que evaluaron de forma positiva la administración de óxido nitroso en cuanto a los efectos obtenidos: 98%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La protocolización del empleo de óxido nitroso inhalado nos ha permitido, además de conocer mejor sus efectos, ampliar las indicaciones de su uso con la consiguiente mejora en la atención de los pacientes en urgencias y hospitalización de pediatría, objetivando un claro beneficio en el bienestar de los pacientes y en la realización de los procedimientos dolorosos de forma más eficaz y segura. Por ello, dados los resultados satisfactorios obtenidos, seguiremos empleando este protocolo en nuestro servicio para garantizar una atención adecuada y de calidad en el manejo del dolor en el paciente pediátrico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/969 ========== ***

Nº de registro: 0969

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Título
EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Autores:
CUADRON ANDRES LORENA, HUERTA BLAS PALOMA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER, HUETO NAJARRO ALBA, REVUELTA CABELLO ANA, BERBES LOPEZ CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que cause dolor menor
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El óxido nitroso inhalado, en una mezcla equimolar al 50% y administrado mediante mascarilla, tiene efecto analgésico, amnésico y ansiolítico. Tiene como ventajas su administración inhalada, rápido inicio de acción con escasos efectos adversos, así como su rápida recuperación al dejar de administrarlo. Por todos estos motivos, es un fármaco especialmente útil para procedimientos diagnósticos y terapeúticos menores de corta duración de causen dolor y ansiedad al niño. Desde hace varios años lo tenemos a nuestra disposición en el servicio de urgencias pediátricas y vemos la necesidad de establecer un claro protocolo de actuación para su empleo, así como de elaborar hojas informativas a los padres y un registro de efectos adversos que nos permita realizar un mejor uso de dicho fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la utilización y administración del óxido nitroso inhalado en el servicio de urgencias pediátricas y en planta de hospitalización del Hospital Clínico Lozano Blesa
- Evitar el riesgo de reacciones adversas o usos no indicados del mismo
- Evaluar la seguridad y efectividad del uso de óxido nitroso en procedimientos dolorosos menores en pediatría
- Evaluar la aceptación del uso del mismo por el paciente, los padres y el resto de especialidades médicas o de enfermería que participen en el procedimiento

MÉTODO
- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones en el servicio para explicar e implantar el uso del óxido nitroso inhalado y las indicaciones del mismo
- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes
- Crear hoja de registro de administración de óxido nitroso así como de los efectos adversos que pudieran aparecer

INDICADORES
- Número de pacientes a los que se administra óxido nitroso inhalado y motivo de su administración
- Número y tipo de reacciones adversas que aparecen
- Evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes y sus progenitores

DURACIÓN
- Revisión de la evidencia científica (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de un protocolo de empleo de óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos menores en pediatría (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de consentimiento informado y hoja explicativa para el paciente y sus padres (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de una base de datos para recogida de datos y resultados (Abril 2018-Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA BUENO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GUILLEN SOFIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
LANUZA ARCOS REBECA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ENCINAS GABARRUS JENIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado a los profesionales de las distintas subespecialidades del servicio de pediatría del proyecto.
En este período se ha procedido a la recogida de una parte de las hojas informativas que actualmente se entregan a los familiares de los pacientes atendidos en las distintas subespecialidades pediátricas del HCU, queda pendiente completar total de recogida y ser adaptadas todas al formato de Hoja de Información al paciente (HIP) y ser codificada por la Unidad de Calidad del HCU

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El hecho de recopilar y adaptar las hojas informativas, ha permitido actualizarlas con nuevas recomendaciones e informaciones.
Se disponen de las siguientes hojas: recomendaciones en pacientes con alergía a proteína leche de vaca, recomendaciones en pacientes con estreñimiento, padezco drepanocitosis ó anemia de células falciformes ¿qué significa?, soy portador de anemia de células falciformes ¿qué significa?, consejos tras la estancia hospitalaria en nidos, preparación ambulatoria para colonoscopia mayores de 8 años, preparacion ambulatoria para colonoscopia menores de 8 años, recomendaciones en pacientes con intolerancia a la lactosa, recomendaciones en pacientes con enfermedad celíaca,
Actualmente se siguen recogiendo hojas informativas.
Posteriormente se procederá a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante realizar una actualización de las hojas informativas que se manejan de forma frecuente en las diferentes subespecialidades pediátricas. Es necesario que se conozca que son accesibles a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría. Todavía se precisan recoger mayor numero de hojas.

7. OBSERVACIONES.
Al ser la duración del proyecto indefinida, sería interesante seguir completando el máximo número de hojas informativas que se entregan en nuestro servicio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1017 ========== ***

Nº de registro: 1017

Título
ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Autores:
BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, LANUZA ARCOS REBECA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ENCINAS GABARRUS JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: diversas patologías de la edad pediatrica que necesitan hoja informativa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo ésto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.
Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

MÉTODO
El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

INDICADORES
Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

DURACIÓN
Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA BUENO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GUILLEN SOFIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
LANUZA ARCOS REBECA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ENCINAS GABARRUS JENIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado a los profesionales de las distintas subespecialidades del proyecto.
En este período se ha recordado a los pediatras la necesidad de las hojas y se ha procedido a la recogida de las hojas informativas que actualmente se entregan a los familiares de los pacientes atendidos en las distintas subespecialidades pediátricas del HCU y posteriormente están sido codificadas por la Unidad de calidad del HCU, recientemente se acaban de enviar las últimas que quedaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Han sido un total de 16 hojas recogidas que están enviadas y en proceso de ser codificadas por la Unidad de Calidad del HCU. La distribución de las hojas recogidas ha sido la siguientes: procedentes de la zona de urgencias pediátricas (planta -1): 3: vómitos, gastroenteritis aguda y crisis asmática. desde hospitalización/urgencias: administración de óxido nitroso inhalado. De planta/neonatología (planta 5) 4: alimentación del recién nacido de bajo peso, alimentación del recién nacido de bajo peso con fórmula, alimentación del recién nacido de bajo peso con lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna. Desde la consulta de pediatría (planta calle), 8: Gastroenterología: recomendaciones en pacientes con alergia a proteína leche de vaca, recomendaciones en pacientes con estreñimiento, preparación ambulatoria para colonoscopia mayores de 8 años, preparación ambulatoria para colonoscopia menores de 8 años, recomendaciones en pacientes con enfermedad celíaca. Hemoglobinopatías: padezco drepanocitosis ó anemia de células falciformes ¿qué significa?, soy portador de anemia de células falciformes ¿qué significa? Endocrinología: consejos nutricionales para combatir el exceso de peso Actualmente se acaban de enviar las 5 últimas que quedaban por recopilar. De consulta de pediatría-gastroenterología: recomendaciones en pacientes con intolerancia a la lactosa. De planta/neonatología (planta 5): alimentación en recién nacido término con lactancia mixta, alimentación del recién nacido término con lactancia de fórmula. De urgencias pediátricas (planta -1): laringitis, técnica de inhalación con cámara y traumatismo craneoencefálico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es importante realizar una actualización de las hojas informativas que se manejan de forma frecuente en las diferentes subespecialidades pediátricas.
-Es necesario que se conozca que son de fácil acceso a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.
-Al ser la duración del proyecto indefinida, sería interesante seguir completando el máximo número de hojas informativas que se entregan en nuestro servicio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1017 ========== ***

Nº de registro: 1017

Título
ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Autores:
BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, LANUZA ARCOS REBECA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ENCINAS GABARRUS JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: diversas patologías de la edad pediátrica que necesitan hoja informativa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo ésto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.
Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

MÉTODO
El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

INDICADORES
Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

DURACIÓN
Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PEREZ CADENAS
· Profesión ..... TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE COLINA ALBERTO
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
ACHA AIBAR BEATRIZ
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
ZUECO GARCIA ELENA
SIMON MELCHOR LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Coordinación con Mutua y recepción, y por tanto conocimiento, en el mismo día en el Sº PRL de toda asistencia realizada a trabajadores Sector III tanto si es baja como si no.
- Elaborado procedimiento de Gestión de Accidentes de Trabajo. Pendiente aprobación, publicación y difusión
- Elaborado material (incluido video) para la acogida de nuevo personal en el que se ha incluido “modo de actuación en caso de accidente de trabajo”
- Realizada formación de acogida a nuevo personal incluyendo “Modo de actuación ante un accidente de trabajo”.
- Elaborada formación general de PRL a realizar por todo el personal en plataforma Moodle (teleformación) “Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales Sector III”.
- Realizada tefeformación “Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales Sector III” por miembros del Comité de Dirección tanto de Atención Especializada como Atención Primaria y Delegados de Prevención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador de notificación de Accidentes de trabajo: 48%
(Nº de notificaciones de accidentes de trabajo por el mando intermediox100/ Nº accidentes registrados en Sº PRL)
Indicador de notificación de Accidentes de trabajo con baja: 53%
(Nº de notificaciones de accidentes con baja de trabajo por el mando intermediox100/ Nº accidentes con baja registrados en Sº PRL)
Indicador de cultura preventiva: 6,84%
(Nº trabajadores formados x100/ Nº trabajadores totales)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han comenzado a desarrollar algunas actividades aunque queda pendiente gran parte de la implantación.
Tras completar la fase de comunicación diaria por parte de la mutua al Sº PRL directamente, sin intermediarios, se ha mejorado el conocimiento rápido de toda atención en mutua a los trabajadores, iniciando al día siguiente la posterior investigación.
Se ha completado la fase de preparación del procedimiento de gestión de accidentes de trabajo, de la formación a impartir de manera presencial durante las acogidas y de la formación básica de PRL que debe realizar todo trabajador del Sector III (ésta última en plataforma Moodle, modalidad teleformación)
El procedimiento está pendiente de aprobar y publicar en la Intranet del Sector III, momento a partir del cual se procederá a su difusión, explicación y exigencia de cumplimiento.
La formación básica de PRL que debe realizar todo trabajador del Sector III, en modalidad teleformación, está siendo realizada y revisada por los miembros del Comité de Dirección tanto de Atención Primaria como Atención Especializada, así como por los Delegados de Prevención. Actualmente estamos recibiendo el feedback con sugerencias de todos ellos para su mejora y posterior lanzamiento definitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1018 ========== ***

Nº de registro: 1018

Título
GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PEREZ CADENAS MARIA MAR, ACHA AIBAR BEATRIZ, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, ZUECO GARCIA ELENA, PUENTE COLINA ALBERTO, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: accidente de trabajo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguirdad y Salud en el trabajo

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de PRL debe tener un control total de los accidentes de trabajo ocurridos en los distintos centros de trabajo con el fin de realizar una adecuada investigación de los mismos. El objetivo de toda investigación de los accidentes de trabajo es conocer los factores que intervienen en el mismo, analizar las causas y evitar su repetición, mediante la propuesta e implantación de medidas que ayuden a evitar o minimizar los riesgos en origen. Para ello es necesario conocer todas las circunstancias relativas a la siniestralidad laboral que afecta a nuestro sector.
Actualmente, algunos de los trámites se realizan por otros Servicios, no llegando la información al Servicio de PRL. Aunque muchos de los accidentes son adecuadamente comunicados e investigados, aún se detectan de manera bastante frecuente accidentes de los que no se tiene constancia en el Servicio de PRL, que han sido incluso baja y comunicados formalmente al Ministerio de Trabajo a través del parte Delta
Disponer de toda la información facilita la adecuada y correcta investigación exigida por el plan de Prevención de nuestro Sector y dar cumplimiento a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una gestión integral de los accidentes de trabajo ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III, desde la notificación inmediata por parte del responsable hasta la declaración Delta al Ministerio de Trabajo, asegurando que el Servicio de PRL dispone de toda la información pertinente.
- Asegurar la inmediata asistencia sanitaria al accidentado
- Asegurar la comunicación del accidente por parte del mando intermedio
- Facilitar una rápida investigación del accidente haciendo partícipe desde el primer momento al mando intermedio, delegados de prevención, dirección correspondiente en la investigación como en la propuesta de medidas correctivas y preventivas.
- Disponer de toda la información relativa a todo accidente de trabajo tanto con baja como sin baja ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III
- Garantizar la adecuada correspondencia entre la información recibida en el Servicio PRL y la disponible en mutua a la hora de realizar la declaración Delta al Ministerio de Trabajo.
- Realizar la declaración Delta en un plazo máximo de 5 días y con la información real y contrastada de la forma de ocurrencia del accidente
- Mejorar el control de siniestralidad laboral y control de las medidas correctoras implementadas, pudiendo garantizar una correcta trazabilidad en todo el proceso que sufre un trabajador con un accidente laboral

Se va a proceder a intervenir en los Servicios de Personal, Mandos intermedios y Direcciones de todo el Sector III para conseguir conocer, declara e investigar todos los accidentes laborales acaecidos en el Sector Zaragoza III

MÉTODO
- Elaborar un procedimiento de gestión de accidentes de trabajo en el Sector Zaragoza III
- Implementación del procedimiento mediante sesiones formativas a mandos intermedios (supervisores, jefes de grupo, jefes de Servicio, …), direcciones y delegados de prevención.
- Realización de formación a todo el personal tanto de nueva incorpoarción como estable del Sector Zaragoza III mediante vídeo formativo de gestión integral de accidentes de trabajo.
- Coordinación con Servicio de urgencias y mutua para la asistencia sanitaria que se precise y su comunicación al Servicio de PRL del Sector Zaragoza III
- Investigación del accidente de trabajo y Declaración Delta al Ministerio de Trabajo

INDICADORES
Indicador de notificación = Nº de notificaciones de accidente del mando intermedio x 100/Nº accidentes registrados en S.PRL

Indicador de notificación AT con baja = Nº de notificaciones de AT con baja de mutua x 100/Nº accidentes con baja registrados en S.PRL

Indicador de cultura preventiva = Nº trabajadores formados x 100/
Nº total de trabajadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN
DURACIÓN: Mayo 2018 - mayo 2019
CALENDARIO
Mayo 2018: Realización de indicadores de inicio (Técnico PRL)

Junio 2018:elaboración procedimiento de accidentes de trabajo (Sº PRL y Unidad de Calidad)

Septiembre 2018: creación de material formativo (vídeo) (Sº PRL)

Octubre - Diciembre 2018: formación a todo el sector III (unidad formación, Sº PRL, Directivos y mandos intermedios)

Febrero- Marzo 2019: realización de indicadores de resultados (Sº PRL)

Abril- Mayo 2019: realización de la memoria

OBSERVACIONES
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones de cada categoría profesional, mandos intermedios, mantenimiento, hostelería, informática, etc. para garantizar la implementación de la cultura preventiva.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO PUENTE COLINA
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA MORENO LUCIA
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
SIMON MELCHOR LUCIA
MARTINEZ SEDILES MARIA
PEREZ CIRES ALVARO
PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) Se ha revisado y adaptado a las necesidades del Sector III el PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES elaborado por la Secretaria General Técnica del Salud en Julio de 2006.
B) Se han elaborado nuevos documentos con objeto de procedimentar y simplificar la CAE. Estos documentos ya están implementados y forman parte del sistema de gestión de PRL de la Unidad Básica de PRL. A continuación, se detallan los documentos antes referenciados:

- IT.4.14.01 Instrucción Operacional CAE SUMINISTROS.
- FO.4.14.01 Formato FICHA DE DATOS GENERALES (IMPRESO 1).
- FO.4.14.01.01 Formato INFORMACION RIESGOS BASICA_CDT_HCU.
- FO.4.14.01.02 Formato RECIBI_INFORMACION RIESGOS BASICA_CDT_HCU.
- FO.4.14.02 Formato DECLARACION RESPONSABLE SOBRE PRL(IMPRESO 2).
- FO.4.14.03 Formato PARTE DE FORMACION EN PREVENCION (IMPRESO 3).
- FO.4.14.04 Formato PETICION DE INFORMACION A EMPRESAS CONCURRENTES SOBRE LOS RIESGOS ESPECIFICOS GENERADOS POR ELLAS (IMPRESO 4 + MODELO 1 + MODELO 2).
- FO.4.14.05 Formato COMUNICACIÓN DE INCIDENTE Y/O ACCIDENTE PARA CONTRATISTAS (IMPRESO 5).
- FO.4.14.06 Formato PARTE INFORMACION RIESGOS (IMPRESO 6).
- FO.4.14.07 Formato COMUNICACIÓN A LOS DDPP DE LA EXISTENCIA DE EMPRESAS CONCURRENTES (IMPRESO 7).
- FO.4.14.08 Formato LISTADO CONTROL CONTRATAS Y TRABAJADORES.

C) Se ha realizado un exhaustivo estudio de mercado sobre aplicativos informáticos para la gestión de la CAE. Se han estudiado siete aplicativos y se ha elaborado un informe final de conclusiones sobre fortalezas y debilidades de cada uno de ellos en relación a su posible implementación en el Sector III (para más información ver Z:\00 OHSAS\06 00 DOC\DOC_INT\COMPARATIVOS).
D) A falta de implementación del aplicativo informático, se ha puesto en marcha el procedimiento CAE para subcontratas relevantes que han participado en diferentes trabajos en el HCU. En concreto, el procedimiento se ha aplicado exitosamente a 7 subcontratas durante el ejercicio 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador documental = Documentos recibidos x 100/documentos solicitados
*Nuestro objetivo debe de ser > al 90%
**Resultados a fecha 20190228 100%

Indicador presencia = Nº trabajadores externos autorizados x100/Nº trabajadores externos totales
*Nuestro objetivo debe de ser > al 80%
**Resultados a fecha 20190228 INDICADOR NO IMPLEMENTADO

Indicador satisfacción = Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas
*Nuestro objetivo debe de ser > al 80%
**Resultados a fecha 20190228 INDICADOR NO IMPLEMENTADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los objetivos planteados en este proyecto se han cumplido:
- Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
- Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo.
- Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
- Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.

De los objetivos planteados en este proyecto está pendiente de implementar:
- Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
- Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales.
- Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

Como conclusiones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

- En estudio, por parte de la Subdirección de Gestión, la viabilidad de la implementación del aplicativo informático para el control de la CAE.
- La puesta en marcha "manual" del Procedimiento CAE ha permitido valorar la viabilidad del Procedimiento, su simplicidad de aplicación y eficiencia de resultados.
- La implementación "manual" del Procedimiento CAE garantiza la seguridad jurídica de Sector III respecto a las obligaciones legales derivadas del obligado cumplimiento del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos.

7. OBSERVACIONES.
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1039 ========== ***

Nº de registro: 1039

Título
COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PUENTE COLINA ALBERTO, PEREZ CADENAS MARIA MAR, SANTAMARIA MORENO LUCIA, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA, PEREZ CIRES ALVARO, SIMON MELCHOR LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Integración de la prevención a todos los niveles jerárquicos del Sector Zaragoza III

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Falta de cumplimiento en nuestros centros de trabajo del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos. El incumplimiento de esto deriva en responsabilidades jurídicas, administrativas, civiles y penales de todos los miembros implicados de nuestros centros, recayendo principalmente en Gerente y responsables de contratación.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
1. Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo
2. Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
3.Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
4. Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales
5. Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.
6. Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

MÉTODO
1.Elaborar procedimiento de coordinación actividades empresariales del Sector Zaragoza III
2. Definir niveles de subcontratas y/o autónomos en base a la actividad a desarrollar
3.Definir control documental a solicitar a subcontratas y/o autónomos
4. Definir documentos a enviar a las subcontratas y/o autónomos
5. Elección de herramienta informática que facilite el proceso y minimice los errores de gestión, dada la carga documental que conlleva el proceso.
6. Implementación de herramienta para lo cual se llevará a cabo un plan de formación. Comprenderá al Sº PRL, formación a subcontratista y/o autónomos y formación al personal responsable de la contratación
7. Control de acceso de subcontratistas y/o autónomos a nuestros centros del Sector III

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

8. Encuesta de satisfacción a personal propio y subcontratas (Valoración tipo Likert)

INDICADORES
Indicador documental= Documentos recibidos x100/documentos solicitados
Nuestro objetivo debe de ser > al 90%

Indicador presencia= Nº trabajadores externos autorizados x100/Nº trabajadores externos totales
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

Indicador satisfacción= Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

DURACIÓN
DURACIÓN: de mayo 2018 a mayo del 2019
CALENDARIO:
Mayo - junio 2018: Elaboración de procedimiento de subcontratas (Sº PRL)
Julio-Septiembre: Definición control documental (Sº PRL)
Octubre -diciembre. Implementación herramienta informática CAE
Enero - Marzo: Formación en procedimiento de subcontratas
Abril - Mayo: Realización de indicadores y memoria de proyecto

OBSERVACIONES
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO MARIA CARMEN
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS
ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE
SOLIS GUTIERREZ DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el semestre previo a la puesta en marcha de los nuevos equipos de RM (1º semestre de 2018), se revisó en la bibliografía las indicaciones más aceptadas de las nuevas técnicas de las que íbamos a disponer, fundamentalmente espectroscopía y perfusión cerebral. También se revisaron los protocolos diagnósticos más usuales en patología desmielinizante, despistaje de microadenoma hipofisario y estudio de oído interno con RM.
En septiembre de 2018, previo a la inminente puesta en marcha del primer equipo de RM en el centro médico de especialidades “Inocencio Jiménez” se realizó una sesión clínica informativa especialmente dirigida a las principales especialidades implicadas en neurociencia (neurología, neurocirugía, psiquiatría, neurofisiología), con el fin de exponer las adelantos diagnósticos que suponían los nuevos equipos de RM, así como las posibles aplicaciones en el uso clínico habitual.
Durante la primera quincena de octubre de 2018, se mantuvieron sesiones de trabajo diarias con el técnico de aplicaciones de la casa comercial Philips, distribuidora de las nuevas resonancias magnéticas, con el fin de programar protocolos de estudio actualizados, en base a las capacidades técnicas del aparato y las necesidades diagnósticas en el ámbito de la neurorradiología actual. En las mismas fechas, se realizó la formación de los técnicos superiores en radiodiagnóstico para la utilización óptima de los nuevos aparatos de RM.

Durante el mes de diciembre, durante la puesta en marcha de la nueva RM del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se mantuvo una nueva reunión con el técnico de aplicaciones de la casa comercial responsable de los nuevos equipos, con el fin de ajustar definitivamente los protocolos de adquisición en los que se trabajó durante el mes de octubre. Durante estas fechas también se completó la formación de los técnicos.
Finalmente se está trabajando desde entonces con los nuevos protocolos de adquisición de imagen, en función de la patología estudiada, con especial mención a la utilización de técnicas de RM avanzada (espectroscopía y perfusión), en los casos en los que esta pueda ser de utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado con éxito la actualización de nuevos protocolos de adquisición con nuevas :secuencias de estudio neurorradiológico, entre las que destacan:
-Incorporación de secuencias DIXON en los estudios vertebrales.
-Nuevas secuencias útiles para la realización de estudios vasculares sin y con contraste intravenoso,.
-Secuencias T2* gradiente de rutina en estudio cerebrales (especialmente útil en el despistaje de microangiopatía vascular y detección de pequeños cavernomas).
-Estudios cerebrales volumétricos que permiten la valoración con óptima resolución espacial en planos sagitales y coronales en una única adquisición.
- Secuencia DUAL en patología desmielinizante para añadir secuencia ponderada en densidad protónica con el objetivo de aumentar la sensibilidad en una única adquisición, con mínimo aumento del tiempo de adquisición .
-Estudio dinámico para estudio hipofisario con adquisición de imagen en fase arterial y tardía para aumentar sensibilidad diagnóstica en la detección del microadenoma hipòfisario.
-Implantación de técnicas de neuroimagen avanzada (espectroscopía y perfusión) en el estudio de patología tumoral.
-Programación de secuencia funcional BOLD.
Desde el mes de Enero, se han revisado en el PACs todos los estudios de RM que se han realizado en la sección de neurorradiología (167 estudios realizados en enero), objetivando que el 100% se han realizado utilizando las secuencias según se programaron con el técnicos de aplicaciones de la empresa distribuidora de los equipos de RM, exceptuando pacientes con pruebas incompletas por falta de colaboración, o estudios más breves condicionados por la situación clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se puede considerar acabada la actualización de los protocolos de adquisición de imagen en RM para estudio neurorradiológiocos, ya que las exploraciones se están realizando según los nuevos protocolos programados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Como recomendación cabe reseñar la conveniencia de revisar los resultados de las nuevas técnicas de neuroimagen (perfusión, espectroscopía), correlacionando los hallazgos con el resultado anatomopatológico, con el fin de evaluar la eficacia de la técnica y poder mejorar en la interpretación de los hallazgos radiológicos. Este podría ser motivo de otro proyecto de mejora de calidad en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1506 ========== ***

Nº de registro: 1506

Título
ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Autores:
SAEZ VALERO EDUARDO, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO MARIA CARMEN, LOPEZ IBAÑEZ TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, SOLIS GUTIERREZ DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La RM es una prueba diagnóstica fundamental en neurorradiología, siendo cada vez más utilizada.
Las exploraciones de RM varían en función de la sintomatología y sospecha diagnóstica de los pacientes, así como en función de los posibles tratamientos que pueda recibir el paciente.
La diversidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas las exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en este equipo, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan unos criterios óptimos de calidad.
La demanda de estudios de resonancia magnética es cada vez mayor, lo que ocasiona una lista de espera. En este sentido es importante que las exploraciones se realicen de manera óptima para evitar su repetición y contribuir a reducir la lista de espera.

Nuestro sector sanitario va a ser dotado de dos nuevas RM, que podrán realizar nuevas exploraciones y técnicas, hasta ahora no existentes, de lo que se deriva una oportunidad para actualizar y mejorar nuestra atención con esta técnica.

RESULTADOS ESPERADOS
Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
Establecer protocolos de exploración para todas las exploraciones neurorradiológicas que se lleven a cabo en la RM de nuestro sector.
Llevar a cabo la implantación de nuevos procedimientos de RM neurorradiológica.

MÉTODO
1.Descripción y estandarización del procedimiento desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servicio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega anuestra unidad siempre siga una serie de secuencia de pasos estandarizados.
2. Establecer de manera detallada los protocolos de RM neurorradiológias para las patologías más prevalentes y sus potenciales procedimientos terapeúticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

3. Implantar nuevos procedimientos de RM neurorradiológica, estableciendo las indicaciones de los mismos, así como hacer llegar este informe a los médicos peticionarios que lo solicitan.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, para que recoja homogéneamente la información necesaria.

INDICADORES
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con secuencias estandarizadas según protocolos previamente establecidos.
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con informe tipo normalizado.

Estos porcentajes serán comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios. Se revisarán informes y exploraciones previos a la implantación de las nuevas resonancias del sector.

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informes radiológicos, que permite acceder al protocolo de estudio realizado, así como acceder a las imágenes radiológicas.

DURACIÓN
La duración de este procedimiento será 1 año y 3 meses.
* Desde Septiembre de 2018
Se fija la fecha de Septiembre como fecha supuesta de implantación de la primera RM nueva del sector.

Se formarán los grupos de trabajo para determinar los nuevos protocolos de pruebas neurorradiológicas, con la colaboración de técnicos de aplicaciones de RM

Se establecerán las indicaciones y protocolos de pruebas neurorradiológicas nuevas, que hasta el momento no era posible realizar en nuestro área con la dotación existente.
Se establecerá difusión a los clínicos de estas nuevas técnicas para que conozcan si disponibilidad.
Cronograma:
Durante los primeros 6 meses desarrollar lo el nuevo equipo de RM la actualización de los protocolos.
Durante los siguientes 6 meses implantar los protocolos desarrollados.
Los últimos 3 meses para evaluar los resultados de 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 - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
FEIJOO AGESTA ROSA
PINTADO RIVAS PILAR
NAVAS CAMPO RAQUEL
MORENO CABALLERO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la aprobación del presente proyecto de mejora se han llevado a cabo dos reuniones con el Subdirector de Servicios Quirúrgicos, la Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico. En dichas reuniones se ha puesto en común los criterios de inclusión para la realización de la radiografía simple de tórax como estudio preoperatorio y se han establecido los criterios de indicación y de exclusión de pacientes, se ha estimado qué recursos son necesarios o deben modificarse en el Servicio de Radiodiagnóstico para su implementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En una revisión preliminar a la implantación definitiva, habiendo iniciado una programación provisional, se ha observado algunos cambios destacables. Durante el año 2017, como referencia de lo que ha sido habitual hasta ahora, se realizaban una media de 20 radiografías simples de Tórax al día, de las cuales 17 se realizaban por debajo de los 65 años recomendados según las guías actuales de práctica clínica, siendo 14 de ellas en menores de 50 años.
Actualmente, el promedio de estudios ha experimentado una ligera reducción (17 estudios preoperatorios por día, una reducción del 15%), de manera que el número de estudios realizados en menores de 65 años ha descendido a 10 (una reducción del 42%) y en menores de 50 años a 3 pacientes por día (una reducción del 80%).
Estas cifras implican una marcada reducción de la radiación innecesaria en población joven, así como del uso de recursos y gasto económico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente una última reunión entre los participantes para concluir en el protocolo definitivo, no realizada por circunstancias ajenas a nuestro servicio. Se espera llevarla a cabo próximamente. En ese protocolo, por una parte se detallará la edad definitiva de corte para la inclusión de los pacientes. Por otra se concretará las modificaciones organizativas que obligan al Servicio de Radiodiagnóstico para adpatarse a las consultas de tarde del Servicio de Anestesia.
La tasa de pacientes no indicados debería ser próxima a 0 en futuros controles

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1509 ========== ***

Nº de registro: 1509

Título
IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, FEIJOO AGESTA ROSA, PINTADO RIVAS PILAR, NAVAS CAMPO RAQUEL, MORENO CABALLERO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente. Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva.
Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos.
La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma.
En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

RESULTADOS ESPERADOS
-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riego por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acudan a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.

-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración

-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.

-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico peticionario de estudios radiológicos preoperatorios.

MÉTODO
Las actividades que se pretenden realizar son:
•Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
•Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
•Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

INDICADORES
Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes:Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses de 2018
-Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas
-Cuantificar el número de exploraciones alternativas de otra tipología (radiografías musculoesqueléticas, abdominales…) que se han incrementado en su realización ante la liberación del tiempo de sala.

DURACIÓN
La duración y calendario previstos son:
Fecha de inicio: Octubre de 2018
Fecha de finalización: Octubre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

```
Elaboración del protocolo: 1 mes.
Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana
Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión
Implantación y rodaje del mismo: 3 meses
Registro de exploraciones realizadas: 6 meses
Cuantificación y memoria de resultados:2meses


OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................:

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
HERNANDEZ ABADIAS ARACELI
MILLAN GINER ESTHER
ORTEGA PABLO
FERRER LUISA
AGUIRRE COLLADO AURORA
BAQUERIZO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se puso en marcha una hoja de cálculo donde se registraron todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física, es decir, el origen de la incidencia es ajeno al Servicio de Física pero se detecta durante el procesado del plan del paciente. Se consignó el tipo de incidencia y se ha evaluado el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica. Inicialmente el sistema de entrada de datos era la ficha en papel, con su hoja de simulación, sus datos de prescripción y las restricciones para los órganos de riesgo escritas en la misma. Del lado electrónico los datos pasan al servicio de física a través del sistema de planificación PCRT, generalmente con la tomografía computarizada de simulación (TC) del paciente y una serie de volúmenes dibujados y segmentados en el mismo en el mismo (volúmenes objetivo del plan PTVs y órganos de riesgo OARs)
A raíz de la introducción del nuevo acelerador True Beam (Junio 2018) la carga de trabajo aumentó notablemente en el servicio y el cambio en los procedimientos unido al hecho de que a partir de Septiembre de 2018 se introduce el nuevo sistema de registro y verificación ARIA y su sistema de planificación asociado ECLIPSE, ambos de la empresa VARIAN, se ha producido un retraso en el presente proyecto. Los datos en la hoja de cálculo se introdujeron de manera fluida hasta Mayo de 2018 pero posteriormente se canceló la introducción debido a que la fase de aprendizaje del nuevo sistema supuso un incremento transitorio de las incidencias a la llegada de la ficha a física, por lo que se decidió esperar a iniciar un nuevo registro cuando todas las novedades se estabilizaran. Esto supuso una adaptación de la acción de mejora ya que supone una nueva manera de introducir los datos en el sistema, que de manera progresiva afectará a todos los tratamientos y culminará con la adopción total de la ficha electrónica a finales de 2019. Este periodo de transición ha ido dejando nuevos tipos de incidencias que han sido analizadas dentro de la presenta acción.

El número total de dosimetrías clínicas que han entrado en el servicio de física durante 2018 han sido 1035. Una replanificación se considera una nueva dosimetría clínica.

El cuadro resumen que se ha generado tras todas las modificaciones mencionadas presenta el siguiente aspecto
Dato Soporte Incidencias detectadas
Prescripción
Ficha en papel/PTV del plan/Prescripción en ARIA
Restricciones OARs
Ficha en papel/Prescripción en ARIA
TC del paciente: Asignado correctamente
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
TC del paciente: Marcas de colocación
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
TC del paciente: Orientación correcta de las imágenes
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
TC del paciente: Nuevo TC tras modificación de un tratamiento inicial
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
Plantilla localización (si es estándar)
Contornos en PCRT,
Plantilla de contornos en Eclipse
Contorno externo mal
Contornos en PCRT y ECLIPSE (es automático)
OARs defectuosos
Contornos en PCRT y ECLIPSE
PTVs mal diseñados
Contornos en PCRT y ECLIPSE
Hoja de simulación incorrecta
Ficha en papel/documento dinámico
TOTAL:

Si se reorganizan las incidencias en función del tipo de problema que puede suponer para el tratamiento de pacientes tendríamos la siguiente tabla:
Clasificación según la repercusión del tipo de incidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Repercusión	Número	Descripción
Leve		
Moderada		
Grave		

La clasificación de las incidencias es independiente de las barreras posteriores para la detección de errores relacionadas con las mismas.
Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento se ha rediseñado el cuadro de incidencias y se ha identificado un indicador a consignar, de tal modo que a lo largo de 2019 se esperan tener resultados definitivos o un indicador robusto que permita tras la realimentación de la fuente de datos, en este caso médicos y técnicos del servicio de radioterapia, la evaluación de la mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del nuevo sistema ha supuesto una demora en la estabilización del registro de incidencias. Sin embargo se ha diseñado un cuadro actualizado de registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1031 ========== ***

Nº de registro: 1031

Título
ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Autores:
GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, ORTEGA PARDINA PABLO, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAÑ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE ONCOLÓGICO
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El registro de incidencias en todas las etapas del proceso de radioterapia es un elemento fundamental para la evaluación del riesgo y para la efectividad de las acciones de mejora. En esta línea desde el servicio de física se han venido poniendo en marcha registros que han cubierto diversos aspectos de dicho proceso. Por un lado derivado de proyectos previos se anotan y analizan las incidencias detectadas por el cliente con respecto al producto principal del servicio de física en radioterapia, el plan de tratamiento (véase la actividad de mejora "Seguimiento de incidencias no detectadas en la revisión por parte de Física de las fichas de tratamiento de radioterapia externa.", del año 2017. Por otro lado todas las incidencias de las unidades de tratamiento con respecto a interrupciones y paradas se registran en formato papel y en también en formato digital desde el año 2015, lo que permite generar un informe de interrupciones y paradas periódicamente. Por último, las incidencias en el tratamiento de los pacientes, que se registran semanalmente, genera un informe semanal a la unidad de radioterapia para que se pongan en marcha las medidas correctoras pertinentes. Esta nueva acción de mejora viene a poner el foco en otra de las etapas del proceso, la recepción de la información para tratamiento por parte de nuestro servicio, con lo cual se ampliará la información sobre defectos o aspectos en los que mejorar la producción previa a dicha recepción, responsabilidad de la unidad de radioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha de tratamiento de radioterapia que se recibe, tanto los datos digitales como los de soporte en papel. Analizar las mismas para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

incidir en la mejora de la calidad de dicha información.

MÉTODO
Cronograma: Enero: Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registrarán todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física. Se consignará el tipo de incidencia, evaluándose el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica.

INDICADORES
Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes.
Diciembre: Análisis de resultados. Se procederá a la elaboración de informes que serán difundidos a todos los miembros el servicio de Física relacionados con el proceso de radioterapia así como a la unidad de radioterapia, retroalimentándose a su vez el proceso de preparación de fichas para la dosimetría clínica.

DURACIÓN
Fecha inicio: Febrero/18 Fecha final: 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 - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
CANELLAS ANOZ MIGUEL
AGUIRRE COLLADO AURORA
FERRER GONZALEZ LUISA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplástia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutuco). El proyeccto de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso. Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.
También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy).
Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas.
La estimación se ha realizado a partir de los datos facilitados por el sistema DOLQA y por los facultativos de la Unidad de Hemodinámica de este hospital, correspondiente al periodo de junio a octubre de 2018 con un total de 514 procedimientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han encontrado diferencias significativas en función de la vía de acceso. Tampoco se obtienen diferencias significativas entre los grupos Angioplastia y Angiografía + Angioplastia, lo que nos induce a considerar que en próximos estudios estos pacientes se analicen como un único grupo. Se han obtenido valores medios de Dosis piel (mGy), PDA (mGy.cm2) y Tiempo por tipo de procedimiento y por dificultad. Se ha enviado informes de los resultados al servicio de hemodinámica. Por otra parte, considerando que los valores de PDA pueden utilizarse como indicadores de la dosis máxima en piel que ha podido recibir el paciente, en la literatura se establecen niveles de acción para la prevención y seguimiento de posibles efectos tisulares en piel. Gracias a que con el software de DOLQA podemos evaluar y estimar como se ha distribuido la dosis en piel, se han analizado los 1189 procedimientos llevados a cabo en 2018 y sólo hemos encontrado 9 pacientes con dosis en piel entre 2000 y 3000 mGy y 5 pacientes entre 3000 y 4000 mGy. Ninguno supera los 5000 mGy. Estos pacientes han sido objeto de seguimiento por parte de los facultativos de hemodinámica y ninguno de ellos ha mostrado efectos tisulares en piel.
Si se comparan con los valores de referencia establecidos por otros países (tercer cuartil), los resultados obtenidos en esta Unidad se hallarían dentro de valores aceptables.
Hasta noviembre de 2018 se han tomado datos de más de 2600 pacientes que serán aportados al proyecto DOCCACI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se continuará con este estudio para aportar datos al proyecto DOCACCI y deberemos establecer un procedimiento para la vigilancia de las posibles lesiones en piel de los pacientes debidas a la radiación ionizante utilizada.
Se ha observado que muy pocos pacientes superan los 3000 mGy y que por debajo de 5000 mGy no se ha observado efectos en la piel de los pacientes.
Ningún paciente supero los 5000 mGy.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1043 ========== ***

Nº de registro: 1043

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Título
ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, CANELLAS ANOZ MIGUEL, AGUIRRE COLLADA AURORA, FERRER GONZALEZ LUISA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EXPLORACIONES HEMODINÁMICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplastia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutico). Dichos procedimientos pueden conducir en algunos casos a dosis altas en piel.
El nuevo software DOLQA de registro es una muy buena oportunidad para poder registrar las dosis que reciben los pacientes en procedimientos guiados por rayos-X. Su aplicación en hemodinámica resulta de alto interés.

RESULTADOS ESPERADOS
La acción de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso. Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas.

MÉTODO
Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.
También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy).

INDICADORES
Posible indicador: porcentaje de procedimientos para los que no se obtienen valores de referencia respecto de aquellos procedimientos con recolección de más de diez valores.

DURACIÓN
Fecha inicio: Marzo/18 Fecha final: Noviembre/18
Marzo-septiembre: Toma de datos.
Octubre: análisis de datos.
Noviembre: Obtención de los niveles de referencia locales y valoración general de las dosis en piel registradas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS 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 - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1523

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRATS RIVERA ENRIQUE
CANELLAS ANOZ MIGUEL
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
FERRER GONZALEZ LUISA
AGUIRRE COLLADO AURORA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se redactó un documento que ha sido evaluado por los miembros del proyecto en varias reuniones y se ha trabajado por correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado un documento final consensuado de NORMAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PERSONAL DE HEMODIÁLISIS CON PACIENTES TRATADOS CON ISÓTOPOS RADIACTIVOS EN MEDICINA NUCLEAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El documento ha sido bien aceptado y se ha aplicado una vez desde su creación.
Cada vez que haya un paciente tratado con isótopos radiactivos que deba ser dializado se seguirán las normas establecidas y todo el personal involucrado conocerá los riesgos y los modos de actuación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1523 ========== ***

Nº de registro: 1523

Título
PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, PRATS RIVERA ENRIQUE, ALVAREZ LIPE RAFAEL, CANELLAS ANOZ MIGUEL, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Protección radiológica de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha dado algún caso de tener que realizar diálisis a un paciente en tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objeto de este proyecto es establecer las pautas de protección radiológica de trabajadores de la unidad de diálisis cuando se de el caso de tener un paciente con tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

MÉTODO
Desarrollo de un protocolo conjunto de la Unidad de Diálisis, Servicio de Medicina Nuclear y Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1523

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Protección Radiológica, que incluya información y formación inicial en materia de protección radiológica del personal de enfermería de la unidad de diálisis, que vayan a atender este tipo de pacientes.

INDICADORES
El objetivo final es que en todos los casos de Diálisis de pacientes en tratamiento metabólico, el personal de enfermería que atienda estos paciente reciba la información y formación en materia de proteccióon radiológica adecuada a esta situación especial.

DURACIÓN
Dado que la frecuancia de estos casos es muy baja, la duración de la implantación no es previsible a corto plazo, por eso se propone realizar seminario con el personal de enfermería de la unidad.
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha Final: 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 - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CILIA AMPARO PERALTA GINES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BELTRAN CONCEPCION
PALERO DIAZ EVANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha establecido una consulta semanal de ecografía articular y partes blandas, de inicio en mayo de 2018, siendo la responsable de su realización la Dra. Palero. Entre los meses de mayo y diciembre de 2018 se ha practicado estudio ecográfico a 88 pacientes durante 14 días de consulta. Sólo 3 pacientes citados no acudieron. Las localizaciones articulares más frecuentes son carpos, manos y pies, seguida de rodillas, codos, tobillos y hombros.
Se han detectado los siguientes perfiles de pacientes que se han beneficiado de esta exploración complementaria:
- Diagnóstico previo de artritis reumatoide con exploración física no concluyente para la presencia de artritis.
- Artrosis y aumento de volumen articular a la exploración física.
- Artrosis con factor reumatoide o antiCCP positivos.
- Factor reumatoide elevado y artralgias inespecíficas.
- Poliartralgias sin clara artritis a la exploración física.
- Psoriasis con artralgias inespecíficas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: Porcentaje de pacientes en los que se detecta sinovitis subclínica con respecto a total de pacientes derivados para descartarla. Resultado 44%

Indicador 2: Porcentaje de pacientes en los que se diagnostica artritis reumatoide con respecto al total de pacientes remitidos para valorar este diagnóstico .Resultado 55%

En cuanto al primer indicador, en 24 pacientes se detectó sinovitis subclínica, con power doppler presente, de 54 derivados para tal fin (un 44%). Esto supone que en el 56% de los casos se ha mantenido u optimizado la terapia, con el consiguiente ahorro económico (sobre todos en terapias biológicas), además de evitar posibles reacciones adversas a nuevas terapias.
En cuanto al segundo indicador, se diagnosticó artritis reumatoide tras realizarse ecografía en 11 de 20 pacientes derivados con este propósito (un 55%). Estos pacientes pueden recibir tratamiento en la "ventana terapéutica de oportunidad" con la prevención de daño articular, discapacidad física e incapacidad laboral. Por otra parte, en el 45% de los casos que no se diagnostica artritis reumatoide se evitan fármacos inmunomoduladores, con sus posibles reacciones adversas, con el ahorro económico que esto también conlleva.
Aunque no se estableció como indicador, hay que señalar que en 6 de 11 pacientes con psoriasis y artralgias se detectó sinovitis con señal power doppler (un 54%), por lo que ha sido de gran utilidad en este perfil de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de ecografía articular realizada por una reumatóloga entrenada ha permitido un mejor manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con patología inflamatoria. El mayor control de la actividad articular se relaciona con una menor progresión del daño radiológico. Además, permite optimizar terapias si no se detecta sinovitis subclínica. Por otra parte, es una herramienta válida para el diagnóstico diferencial entre patología inflamatoria y degenerativa.
Tras estos óptimos resultados, se continuará con la actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/756 ========== ***

Nº de registro: 0756

Título
DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Autores:
PERALTA GINES CILIA AMPARO, DELGADO BELTRAN CONCEPCION, PALERO DIAZ EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y origina un coste económico y social importante.
En la práctica a menudo es difícil diagnosticar una poliartritis en las fases muy iniciales ya que suele tener un comienzo insidioso y prolongado. Estudios recientes demuestran que antes de que empiecen los síntomas clínicos hay una fase prolongada de inflamación subclínica o poco sintomática, que puede detectarse mediante técnicas especiales, como la ecografía con Power Doppler.
En la Guía de práctica clínica para el manejo de la AR (GUIPCAR) de la Sociedad Española de Reumatología, se recomienda la utilización de la ecografía cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente.
Las ventajas de la ecografía son su inocuidad, su coste relativamente bajo, su accesibilidad e inmediatez, la posibilidad de exploraciones amplias y de repetición de las mismas. El entrenamiento de los reumatólogos en ecografía aporta grandes beneficios en la evaluación clínica del enfermo con artritis.
Su mayor sensibilidad respecto a la exploración física le confiere especial valor cuando se desea cuantificar la intensidad y extensión de la sinovitis, muy útil en la AR precoz, pero también en la AR establecida cuando la extensión de las secuelas y de la proliferación sinovial ocasionan dudas razonables sobre el grado de inflamación subyacente; y, en general, en cualquier situación en que la ecografía facilite la toma de una decisión terapéutica.

Hasta ahora, se realiza ecografía articular por parte de Reumatología en escasas ocasiones debido a la ausencia de un tiempo específico para ello. Durante el tiempo de consulta de cada paciente resulta complicado realizar, además de evaluación de analíticas, radiografías, exploración física, índices de actividad de la enfermedad e informe para el Médico de Atención Primaria, ecografía articular debido a que precisa de un tiempo de implementación del que no se dispone.
Se pretende incorporar la realización de ecografía articular por parte de Reumatología de una forma reglada, estableciendo una consulta monográfica. Se derivarán pacientes de reumatología.
Esta herramienta nos permitirá un mayor control de la actividad clínica del paciente, intensificando el tratamiento en los casos precisos con la consiguiente reducción del daño óseo estructural y la discapacidad física y psíquica que éste genera. Por otra parte, en los pacientes que presenten dolor articular debido patología degenerativa la ecografía nos permitirá diferenciarlo del dolor debido a artritis y se podrá optimizar medicación inmunosupresora, reduciendo costes hospitalarios en caso de las terapias biológicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el control de la actividad de la artritis reumatoide para reducir daño articular y manifestaciones extraarticulares
Población diana: Pacientes con artritis reumatoide, según criterios ACR 1987 o según criterios ACR/EULAR 2010, en los que hay dudas sobre la presencia de inflamación articular activa (ej, sinovitis residual, artralgias de ritmo mecánico, elevación de reactantes de fase aguda sin detectarse artritis a la exploración, etc).

MÉTODO
Se citarán solamente solicitudes remitidas desde la consulta de Reumatología.
La solicitud se formalizará en el impreso de “hoja de consulta” donde se especificará el motivo de solicitud y las pruebas de imagen realizadas o planificadas.

INDICADORES
$$\frac{\text{Pacientes con AR en los que se detecta sinovitis subclínica}}{\text{Pacientes derivados con AR}} \times 100$$

DURACIÓN
Responsable de exploración ecográfica: Dra Evangelina Palero Díaz.
Perioricidad de la consulta: Primer miércoles de cada mes, citando a los pacientes cada 30 minutos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fecha de inicio: mayo de 2018 .Se mantendrá mientras sea posible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0757

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION DELGADO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA
PERALTA GINES CILIA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado una agenda de consulta de osteoporosis, siendo la responsable de la misma la Dra. Aznar. En principio con periodicidad mensual, se ha modificado en función de la demanda asistencial, llegando a ser semanal algún mes, con un total de 18 días de consulta durante el año 2018. La media de pacientes citados por día es de 14, siendo la mayor parte de ellos pacientes con osteoporosis y alto riesgo de fractura, o bien que ya se han fracturado. Se derivan a atención primaria las osteoporosis sin fracturas o que presentan bajo riesgo de fractura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Porcentaje de pacientes a los que se prescribe alendronato con respecto al total de pacientes a los que se prescribe tratamiento antiosteoporótico (en la consulta monográfica de osteoporosis) . Resultado: 18%.
Un alto porcentaje de pacientes con osteoporosis no cumple adecuadamente el tratamiento. La existencia de una consulta presencial de osteoporosis permite seleccionar el fármaco más adecuado en cada caso y ayuda al mantenimiento de la adherencia al mismo. También permite detectar nuevas fracturas o nuevos factores de riesgo de fractura. Si bien el ácido alendrónico es el fármaco más coste efectivo, la adherencia a los bifosfonatos orales es baja (por intolerancia o polimedicación).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En una consulta monográfica de osteoporosis, los pacientes son más graves y muchos ya han llevado tratamiento previo con ácido alendrónico. Estos pacientes, o aquellos polimedicados, se pueden beneficiar de otras opciones terapeúticas con posología más cómoda o con mayor eficacia antifractura. Dado que la mayor parte de los pacientes de la consulta de osteoporosis cumplen estos perfiles, el % de tratamiento con bifosfonato oral no ha resultado mayor. Es imprescindible tener en cuenta que la consulta monográfica de osteoporosis no refleja el total de osteoporosis que atendemos en reumatología. El porcentaje total de alendrónico en Reumatología no es el 18% sino el que viene reflejado en los consumos de farmacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/757 ========== ***

Nº de registro: 0757

Título
ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Autores:
DELGADO BELTRAN CONCEPCION, AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA, PERALTA GINES CILIA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0757

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Los pacientes con osteoporosis que se evalúan en nuestro servicio y que además tienen otras enfermedades reumatológicas asociadas, son controlados periódicamente a la vez que se evalúa dicha enfermedad. Sin embargo, si solo presentan osteoporosis se realiza una primera visita, solicitando las pruebas diagnósticas pertinentes y enviando por correo un informe con las pautas a seguir. De esta forma que se agiliza a la vez que se da servicio a los pacientes con esta patología.
Sin embargo, en ocasiones, la complejidad del paciente por comorbilidades, gravedad o circunstancias especiales, hace que sea necesaria una consulta presencial para el seguimiento de la osteoporosis.
En los casos especiales en que los pacientes no tienen otra patología reumatológica asociada a su osteoporosis que haga necesario el seguimiento en nuestras consultas, así como cuando el paciente presenta patologías asociadas o por la gravedad o complejidad de la osteoporosis que padece, se citará de forma presencial en una consulta monográfica de osteoporosis.

RESULTADOS ESPERADOS
Uso racional de fármacos antiosteoporóticos
Apoyar la prescripción de ácido alendrónico como fármaco de elección por ser coste/efectivo en pacientes con osteoporosis y menos de 2 fracturas.
Mejorar la adherencia a los fármacos por medio de la consulta presencial

MÉTODO
En los pacientes con osteoporosis que se remiten a nuestras consultas, tras evaluación por parte del reumatólogo correspondiente, si procede se solicitan pruebas diagnosticas y se envían los resultados y las pautas a seguir a través de un informe. Habitualmente no se cita al paciente para darle los resultados. Se ha establecido una consulta monográfica de osteoporosis que permite citar a los pacientes en un periodo corto de tiempo y realizar un seguimiento más estricto en casos de mayor complejidad/severidad. La responsable de dicha consulta monográfica va ser siempre la misma persona.

INDICADORES
Número de pacientes en los que se prescribe alendronato X100
_____
Número total de pacientes en los que se precribe fármacos antiosteoporóticos

DURACIÓN
Perioricidad mensual
Esta consulta, será complementaria a la que ya se realiza de “osteoporosis no presencial”

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1510

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABISMEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SEBASTIAN MENAO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER DUFOL ANA
BERNAL MORILLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha intentado poner a punto la técnica de detección de THC con el equipo de GC/MS que disponemos en la Unidad de Toxicología. Para ello se ha puesto a punto la extracción mediante columnas de intercambio iónico, pero no se ha podido llegar a confirmar el THC por GC/MS posiblemente porque la sensibilidad de nuestro equipo actualmente no es lo suficiente para analizar el THC a los niveles en los que se encuentra en orina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido confirmar todavía el THC mediante GC/MS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería necesario dotar a la Unidad de Toxicología de equipación más sensible para detectar THC y otras sustancias, como equipos de HPLC/MS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1510 ========== ***

Nº de registro: 1510

Título
PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Autores:
MENAO GUILLEN SEBASTIAN, FERRER DUFOL ANA, BERNAL MORILLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Consumo de sustancias tóxicas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Calidad analítica

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La determinación de cannabis (THC) mediante técnicas inmunoenzimáticas es una técnica muy habitual en el laboratorio de Toxicología. Anualmente realizamos mas de 18000 determinaciones de dicho parámetro. Es una técnica muy específica, pero como todas las técnicas pueden tener falsos positivos debidos a sustancias que interfieren con el anticuerpo y dan resultados positivos cuando en realidad son negativos. Son pocas, y bien conocidas, las sustancias que producen falsos positivos, pero en situaciones legales es importante tener la confirmación por técnicas de referencia. En nuestro laboratorio disponemos de un cromatógrafo de gases con detector por espectrometría de masas (GC/MS) con el que realizamos la confirmación de otras drogas de abuso y la detección de fármacos para los que no disponemos de técnicas inmunoenzimáticas. Para la confirmación de THC, a parte de este equipo era necesario disponer de un dispositivo formado por un bloque magnético termostatizado y una entrada de nitrógeno, cosa que tenemos desde hace unos meses. De esta manera, ya se puede realizar la confirmación por GC/MS en nuestro laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Confirmar los resultados positivos a cannabis en muestras con fines legales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1510

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABISMEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

MÉTODO
Dicha acción de mejora afecta a la determinación de THC, mejorando la calidad de dicho análisis al confirmarse mediante su técnica de referencia en los casos precisos

INDICADORES
Se evaluará al cabo de un año el número de análisis de THC confirmados mediante GC/MS

DURACIÓN
La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CARMEN PEÑA NEBRA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDREU GIRAL ELENA
GIMENO ZAPATA MARIA PILAR
HERRANDO BAYO FRANCISCA
LOU GUILLEN RAQUEL
GARCIA LOZANO MARIA ISABEL
FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL
VALERO MARTIN ENAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Desde el 1 de junio a diciembre de 2018 se ha estado realizando por parte del personal administrativo de la UCL (componentes del equipo del proyecto de mejora y responsable) el registro del número de Tarjeta Sanitaria (CIA) en cada una de las peticiones de analítica recibidas a través de la UCL del HCU "Lozano Blesa" del sector III, como dato necesario para que los resultados de las analíticas se incluyan en la HISTORIA ELECTRONICA del paciente.

2. En las peticiones que no consta historia para capturar los datos del paciente, y tenemos como único dato identificativo la fecha de nacimiento nos ha sido imposible introducir el TIS al registrar la petición de la analítica.
En estos casos, al final de la mañana, se exporta la lista total de peticiones de analíticas del día a una hoja Excel para seleccionar los pacientes sin CIA.

3. Sobre esa selección, la responsable del proyecto, utilizando como recurso la INTRANET CLINICA, busca por apellidos y nombre al paciente y comprueba que coincide la fecha de nacimiento de la petición para copiar el CIA, e introducirlo en los datos demográficos del paciente de la base de datos de MODULAB (programa de laboratorio).

4. Paralelamente, se lleva contaje y estadística diaria y mensual utilizando como herramienta una tabla dinámica de Excel, de todos los pacientes corregidos con datos, sin datos, sin introducir, PE corregidas, etc. de los cuales se han sacado los indicadores de valoración.

5. Se han realizado tres Actas: una al inicio del proyecto explicando los objetivos y dando las instrucciones pertinentes, otra de seguimiento con las dificultades encontradas y actividades realizadas, y una finalizar el proyecto analizando los resultados y avances obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio del proyecto en junio de 2018 a diciembre se ha alcanzado un 99,59% de las peticiones correctas con número de Tarjeta Sanitaria incorporado a la analítica una vez realizadas las correcciones aplicadas.
Los resultados han ido variando mensualmente, según el volumen de peticiones recibidas, siendo octubre el mes con más peticiones realizadas (50.900), consiguiendo un total de 50.561 con nº de CIA después de un 50,34% de correcciones.
En diciembre de 2018, se ha corregido la mitad de las peticiones, hasta llegar a alcanzar el 99,59% de peticiones correctas.
Teniendo en cuenta que el objetivo a alcanzar con el proyecto era el 100 % y habiéndose encontrado con un 49% de peticiones sin datos para poder realizar la inclusión del CIA, hemos tenido unos resultados excelentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha puesto en común a lo largo del desarrollo del proyecto, todas las dificultades que se han encontrado en las peticiones sin datos identificativos del paciente. En la mayor parte peticiones que utilizan tarjeta grafitada sin Hª ni fecha de nacimiento del paciente.
Se decide pedir la tarjeta sanitaria al paciente cuando se pueda, al registro de la analítica como medida de recomendación para utilizar.
En diciembre de 2018, se concluye el proyecto con resultado positivo viendo los objetivos alcanzados y se acuerda seguir incluyendo el nº de CIA como medida necesaria a aplicar indefinidamente siguiendo con la implicación del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/880 ========== ***

Nº de registro: 0880

Título
REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL H CU LOZANO BLESA COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

Autores:
PEÑA NEBRA ANA CARMEN, ANDREU GIRAL ELENA, GIMENO ZAPATA MARIA PILAR, HERRANDO BAYO FRANCISCA, LOU GUILLEN RAQUEL, GARCIA LOZANO MARIA ISABEL, FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL, VALERO MARTIN ENAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANALITICAS SOLICITADAS A LOS SERVICIOS CENTRALES DEL LABORATORIO DEL SECTOR III
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los resultados de las analíticas recibidas que se registran en la UCL del HCU LOZANO BLESA, sin el número de tarjeta sanitaria no pasan a la historia electrónica del paciente con lo cual no pueden ser visualizadas por los facultativos y hacer un seguimiento evolutivo de su patología.
Se realiza todo el proceso de pre analítica y post analítica con su correspondiente coste económico y de trabajo si no se introduce su numero de CIA no pasa a la historia clinica electrónica.
Además supone un porcentaje de reclamaciones de estas analíticas sin CIA (nº de tarjeta sanitaria) que conlleva un importante tiempo de busqueda posterior para encontrar la analítica solicitada.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera conseguir que la totalidad de las analíticas que a través de la UCL del HCU LOZANO BLESA sean registradas y el resto de analíticas que sean registradas para todo el HCU tengan el número de tarjeta sanitaria correspondiente para su inclusión en la historia cllinica electrónica del paciente y cualquier facultativo de cualquier sector pueda acceder a ellas.

MÉTODO
Introducir el número de tarjeta sanitaria (CIA) a mano en la totalidad de las analíticas que se reciban en la UCL y las que se reciban de todas las peticiones al HCU LOZANO BLESA.
Asegurando que los datos del paciente se correspondan exactamente a su tarjeta sanitaria y que todas las analíticas estén en las correspondientes historias clinicas electrónicas de los pacientes analizados.

INDICADORES
El indicador representará el porcentaje de analíticas sin CIA frente al total de las analíticas revisadas.
Alcanzar el 100 % de analíticas con su correspondiente CIA (numero de tarjeta sanitaria).

DURACIÓN
La duración será anual hasta el 31 de diciembre de 2018 prorrogable hasta que exista la necesidad.
Se realizarán reuniones semanales, para realizar muestreo previa visualización y corrección de cualquier omisión o error de identificación de tarjeta sanitaria de cada analítica registrada durante la semana.
En los indicadores quedará registrado el número de analíticas sin CIA por error u omisión.
La fecha inicial será del 1 de junio de 2018

OBSERVACIONES
Si algún componente del equipo deja de serlo o es sustituido por otro, se puede realizar el cambio o sustitución mientras la elaboración del proyecto.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

```
-----------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ BONAGA MARIA
COSTAN GALICIA JOAQUIN
CASCAN HERREROS PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
CHAURE PARDOS ARMANDO
OBON AZUARA BLANCA
LOPEZ MENDOZA HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:
- 15 marzo, 22 marzo, 4 mayo, 22 junio, 11 julio, 25 septiembre, 16 noviembre, 14 diciembre.
2.- Resultados de las auditorías realizadas por el grupo:
Primera.- 20 marzo, utilización oxígeno en pacientes ingresados:
- 611 pacientes ingresados en el hospital, de los cuales 185 (30,9%) estaban en tratamiento con oxígeno.
- Hay variabilidad en los pulsioxímetros que se utilizan, con una elevada utilización de los pulsioxímetros individuales.
- Muchos de los dispositivos (como gafas o mascarillas), continuaban colgados en la habitación días después de dejar de ser utilizados.
Segunda.- Abril, Prescripción de oxígeno:
- Mediante muestreo se analizaron un total de 67 pacientes, de los que 29 (30%) llevaban oxígeno.
- 25 (86%) lo tenían prescrito, 60% se prescribió en planta y 40% en urgencias.
- La interfase estaba prescrita en 22 pacientes (88%).
- El flujo estaba prescrito en 21 pacientes (84%).
- Se prescribió la modificación de O2 según saturación de oxígeno en 7 pacientes (28%).
- Se realizó gasometría a 26 pacientes (89%), arterial en 68% casos y venosa 42%.
- Presentaban sat O2 en rango (Sp O2 entre 92 y 96 si no tiene tendencia a la retención de CO2 o Sp O2 entre 89 y 92 si tiene tendencia a la retención de CO2) 13 pacientes (45%), siendo la causa de fuera de rango un exceso de saturación O2 en el 95%.
- En los pacientes con tendencia a la retención estaba en rango en 6 pacientes (37%), siendo la causa de fuera de rango un exceso de saturación O2 en el 100% de los casos.
- Con estas auditorías pudimos constatar que en nuestro hospital es muy frecuente la administración de oxígeno medicinal a los pacientes ingresados. Además, también pudimos ver que existe un amplio margen de mejora tanto en la indicación de la prescripción, como en la cumplimentación de la misma. El objetivo de este procedimiento es intentar mejorar en estos aspectos, dados los riesgos que puede ocasionar un mal uso del oxígeno medicinal.
Tercera.- Abril, O2 en UCI:
- 19 de abril: se analizaron 22 pacientes: 68% VMI, 9% VMNI, 5% oxígeno alto flujo, 13% otros dispositivos O2, 5% sin oxígeno.

3.- Documentos elaborados.
RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.
Elaborado por los miembros del grupo de trabajo en el periodo de mayo a septiembre. Revisado por Comisión de Revisores con fecha 17 de octubre. Aprobado por Comisión de Dirección el 13 de noviembre de 2018.

4.- Plan difusión.
En la reunión del 16 de noviembre se trata como único punto del orden del día las estrategias para su difusión, concluyendo que se van a realizar las siguientes actividades:
- Colgado en la intranet del hospital.
- Cartel resumido para controles de enfermería.
- Presentación breve de 2-3 diapositivas para enfermería, utilizadas como apoyo en visitas breves 5-10’ a los controles de enfermería.
- Para 2019: vídeo con dispositivos de administración O2.
- Para facultativos: sesión hospitalaria el 19 de diciembre, posteriormente sesión en MI y en Urgencias.
- Sesión con enfermería de anestesia.
En la reunión del 14 de diciembre se revisa el cartel para controles de enfermería. Se diseñan unas pegatinas para poner en cada fuente de oxígeno: "No tocar oxígeno, manipular solo por enfermería".
En la reunión de Comisión de Dirección del 15 de enero se aprueba la impresión de carteles para los controles de enfermería y la impresión de las pegatinas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mapa de recursos materiales relacionado con oxigenoterapia: Sí realizado.
2. % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros).
Resultado obtenido: 37%; la mayor parte pacientes presentaban una saturación por encima de rango.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

(Estándar: > 70%)
3. % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. Resultado obtenido: 86% (Estándar: > 95%)
Estos resultados son los que el hospital tiene en los indicadores propuestos antes de realizar la intervención en las unidades: difusión del Protocolo, carteles, pegatinas, etc.
Otros resultados conseguidos:
- Elaboración del RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.
- Difusión del Protocolo, ya ha sido colgado en la intranet, se ha realizado sesión hospitalaria y se ha iniciado la difusión en las unidades de enfermería, habiendo elaborado para ello carteles y pegatinas, que han sido diseñados por el equipo de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo que impulsa este Proyecto considera fundamental para nuestro Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" la existencia de un Protocolo que aborde el manejo de la oxigenoterapia, y que se convierta en la herramienta que permita una formación adecuada para todos los profesionales implicados en la atención a los pacientes.
Uno de los problemas que hemos constatado en el análisis de nuestra práctica es la sobreutilización del oxígeno: el principal motivo por el que no están nuestros pacientes en rango terapéutico es porque están por encima de rango, situación que puede desencadenar una acidosis respiratoria que provoque coma y requerimientos de ventilación mecánica, con la morbilidad añadida y el consumo de recursos que se requieren.
Estamos satisfechos con los resultados conseguidos hasta ahora, este año trabajaremos en las unidades para difundir las recomendación y esperamos conseguir un adecuado manejo de la oxigenoterapia, lo que nos permitirá conseguir los objetivos clínicos planteados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/104 ========== ***

Nº de registro: 0104

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, CASCAN HERREROS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oxigenoterapia es un método terapéutico de utilización muy frecuente en los pacientes hospitalizados, su inadecuado manejo puede ocasionar daño en los pacientes.
Se han identificado los siguientes puntos críticos:
. Elevado porcentaje de pacientes del hospital en tratamiento con O2
. Exceso de gasometría con muestra arterial
. No uso adecuado de las nuevas posibilidades de administración de oxígeno, como el oxígeno de alto flujo
. Sería posible un uso más racional y eficiente del recurso de VMNI

RESULTADOS ESPERADOS
1. Obtener el compromiso de adhesión a las recomendaciones en un 25% de las plantas de hospitalización en el primer año y en un 50% en el segundo año (en dependencia de lo obtenido en el primer año).
2. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI)
3. Mejorar del porcentaje de pacientes que permanecen durante su ingreso con SatO2 entre 92 y100% (o el que se defina como rango óptimo. Porcentaje a valorar en dependencia de la situación basal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

4. Mejorar la prescripción de oxigenoterapia en planta: registro en órdenes de tratamiento.
5. Mejorar la coherencia entre la prescripción y la administración de O2.
6. Limitar la obtención de muestras de sangre arterial para la realización de gasometría a las indicaciones correctas.
7. Detectar precozmente las necesidades de terapia intensiva o monitorización continua
8. Registrar la SatO2 en el registro de enfermería (GACELA) acorde con la prescripción médica

MÉTODO
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI).
2. Elaboración de una guía de menejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo
4. Cumplimiento del protocolode oxigenoterapia
5. Curso: manejo de la VMNI
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se paute oxigenoterapia
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA)
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo.
9. Definición de recomendaciones clave.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría

INDICADORES
1. Mapa realizado al final de primer trimestre del año. (Estándar: SÍ).
2. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). (Estándar: > 70%)
3. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. (Estándar: > 95%)
4. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes en los que la prescipción es coherente con la administración. (Estándar: > 80%)
5. AUDITORIA SEMESTRAL: % de GSA que cumplen con la indicación de toma de muestra arterial. (Estándar: >75%)
6. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con hipoxemia al ingreso en UCI que presentan la sat O2 baja desde hace menos 24 horas. (Estándar: >60%).
7. AUDITORIA SEMESTRAL: % pacientes con correcto registro de SatO2 en gacela. (Estándar > 90%)

DURACIÓN
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI): enero- marzo 2018.
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización. Enero- julio 2018.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo. Primer semestre 2018.
4. Curso: manejo de la VMNI. Abril- mayo 2018.
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauta oxigenoterapia. Marzo 2018.
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA). Enero- diciembre 2018.
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo. enero- marzo 2018.
9. Definición de recomendaciones clave. Febrero- junio 2018.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos. Febrero- junio 2018.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia. Primer y cuarto trimestre 2018.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría. enero - diciemrbe 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
SAEZ DE GUINOA MYRIAM
PALACIOS LASECA MARTA
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR
CASCAN HERREROS PILAR
BASELGA SORIANO ISABEL
REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Diseño del proceso de prácticas formativas de enfermería con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Método de obtención de indicadores de los subprocesos acogida y prácticas: Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias

INDICADORES_ACOGIDA
-Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación: 46,53%. Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos
-Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. 1 listado USJ por módulo. Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos universidad
-Porcentaje de unidades que han recibido el nº de alumnos pactado previamente con la unidad: 83,88%. Estándar: 100%. Fuente: Registro Supervisora Unidad/profesores asociados. Responsable de medición: profesores asociados
-Porcentaje de acogidas en el curso académico: 100%. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación

INDICADORES_PRÁCTICAS
-Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad: 78,55%. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas: 2,25%. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas: 3,50% Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.

Método de obtención de indicadores de evaluación: Encuesta de satisfacción de alumnos

INDICADORES_EVALUACIÓN
-Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad: 100%. Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado: 86,6%. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador: 87,6% Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción global: 89,4% Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES. PUNTOS FUERTES.
- Elevado índice de satisfacción de los alumnos tanto con respecto al programa en su conjunto como al desempeño de los profesores, siendo ligeramente superior la del colaborador que la del asociado.
- Se han atendido al 100% de los alumnos recibidos aunque no se ajustasen a los flujos previstos y se han realizado acogidas institucionales colectivas por parte del Hospital Clínico en todos los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

- La evaluación docente se realiza siempre de acuerdo a la normativa universitaria.
- La gestión de las prácticas por parte del HCU se ha realizado de forma satisfactoria con casi cero incidencias relativas a la gestión del Hospital.
- Mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos en el último módulo evaluado con respecto a la media de los mismos, con una tendencia ascendente desde el inicio de la primera evaluación.

RECOMENDACIONES U OPORTUNIDADES DE MEJORA.
- La comunicación con suficiente antelación de los alumnos participantes por parte de las Universidades permitiría organizar mejor la acogida, revisar las asignaciones y evitar sobrecargas.
- Los incidentes biológicos producidos a lo largo de este período han sido nueve casos pero debería plantearse como objetivo “0 incidentes”.
- Aunque los efectos adversos se han limitado a dos casos en uno de los módulos de este período debería plantearse como objetivo “0 efectos adversos” dada su implicación en la seguridad del paciente.

La justificación de seguimiento del proyecto se fundamenta en la identificación de puntos fuertes y aspectos de mejora en la calidad de las prácticas formativas que podemos implementar y evaluar para obtener mejora de la calidad de las mismas en cuanto a gestión, coordinación y mejora de la seguridad del paciente y del alumno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1123 ========== ***

Nº de registro: 1123

Título
ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM, PALACIOS LASECA MARTA, LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR, CASCAN HERREROS PILAR, BASELGA SORIANO ISABEL, REBOLLO PINA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FORMACIÓN
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con 30 profesores asociados de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, identificamos el desconocimiento sobre cuáles eran las necesidades de los profesores asociados y alumnos universitarios, las incidencias y eventos adversos que ocurrían en los períodos formativos, la satisfacción de los alumnos con los profesores asociados y colaboradores y los resultados globales de sus prácticas formativas.

RESULTADOS ESPERADOS
.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el diseño de una estrategia de evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.

MÉTODO
Metodología y acciones previstas para lograr los objetivos:
1. Diseño del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mando del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

INDICADORES
Indicadores de Suprocesos:
Acogida
-Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación. Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos
-Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos
-Porcentaje de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación
Prácticas:
-Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.
Evaluación:
-Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad. Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción global. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

DURACIÓN
El proyecto se realizará a lo largo del curso académico 2018-2019 de los alumnos universitarios de enfermería y que consta de cuatro períodos o módulos de prácticas según establecen las universidades de forma trimestral.
Inicio: Septiembre 2018; Fin: 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 - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ AMORES ARRIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA NOAIN ALBERTO
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
HORNA OREJA OIHANA
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la presentaciónd el proyecto en mayo de 2018 se han realizado las siguientes actividades:
1- Formación d el grupo de trabajo.
2-Análisis de la situación, valorando el consumo de fluidoterapia del servicio y concretando qué envases son los que más se deshechan.

Respecto a los envases de 500 y 1000 cc se realiza:
1- Revisión de la literatura
2- Redacción de un documento resumen de las inidcaciones de la fluidoterapia en urgencias, sencillo, adaptado a un uso rápido.
3-Difusión al personal facultativo de urgencias (en sesión de servicio)
4- Difusión al personal en formación que realiza turnos de atención continuada en urgencias con recordatorios (nvío a su correo electrónico en 2 ocasiones)
5- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2018 al 15 de junio de 2018.
6- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2019 al 15 de juniod e 2019 (pendiente de completarse)

Respecto los envases de 100:
1-Revisión de la literatura
2- Redacciónde una tabla con las recomendaciones en ficha técnica de cada uno de lso fármacos incluídos en el botiquín de urgencais del HCU en este momento, indicando si puede ser administrado en bolo, diluciíon intermitente, perfusión, usos subcutáneso o intramuscular. .
3-Difusión al personal facultativo de urgencias y a enfermería.
4-Colocación de carteles explicativos en cada uno de lso botiquines de urgencias.
5- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2018 al 15 de junio de 2018.
6- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2019 al 15 de juniod e 2019 (pendiente de completarse)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al retraso en el inicio del proyecto, no ha sido posible iniciar la medición del indicador de ninguno de los dos aprtados del proyecto, el resultado se obtendrá a finales de junio cuando se complete dicha medida, aunque se obtendrán indicadores parciales mensuales para inicidir en el recordatorio o realizar más acciones de divulgación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente de relzar la medición tras implantar la acción demejora por la difucultad en lograr una correcta difusión de las acciones de mejora debido al amplio número de personal qeu realiza guardias en ruegncias y lo heterogéneo de su formación, por lo que se ha adaptado el documento a múltiples especilidades y niveles de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/660 ========== ***

Nº de registro: 0660

Título
ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN ALBERTO, GOMEZ BITRIAN JOAQUIN, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, CANTIN GOLET AMPARO, HORNA OREJA OIHANA, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Múltiples patologías
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sueroterapia intravenosa es una de las medidas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los Servicios de Urgencias y Emergencias.
De forma global la fluidoterapia tiene como finalidad mantener el equilibrio hidroelectrolítico si no es posible que el paciente ingiera líquidos, o tratar las alteraciones hidroelectrolíticas.
Otra utilidad de la fluidoterapia es servir de vehículo en la administración de fármacos de uso endovenosos.
Pero en ocasiones se hace un uso indiscriminado de la fluidoterapia, añadiéndola al tratamiento de forma rutinaria sólo por el hecho de que el paciente esté esperando pruebas analíticas o utilizándola para disolver fármacos que pueden ser administrados directamente.
Como cualquier fármaco, su uso debe de estar justificado, ya que no está exento de riesgos, derivados del propio fármaco o de la forma de administración.
El uso de la fluidoterapia en nuestro servicio de urgencias ha aumentado exponencialmente, tanto en el uso de sueros (glucosado5%, glucosalino y sodio cloruro 0,9%) de 500 cc o de 1000 cc como en el de los utilizados para disolver fármacos en envases de 100 cc (sodio cloruro 0,9%), pasando a ser el primer fármaco en gasto de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia

MÉTODO
En el primer punto:
1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio.
2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación.
3- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
En el segundo punto,
1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa.
2- Se describirá cuales no precisan dilución.
3- Se elaborará un documento resumen.
4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal.
5- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.

INDICADORES
Uso de fluidoterapia envases de 1000 y de 500 cc:
(Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

Uso de fluidoterapia de 100 cc:
(Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

DURACIÓN
Durante los meses de mayo a agosto se redactarán los dos documentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

En septiembre se realizará la difusión y formación.
La medición del número de envases solicitados se realizará en los meses de octubre de 2018 a enero 2019 (ambos incluidos) y se comparará con los datos de los meses de octubre 2017 a 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 - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTERAS GOMEZ ANA BELEN
CASULLA FLORIA JORGE
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA
TENO NAVARRO ISABEL MARIA
RAMOS CACHO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reuniones periódicas, al menos mensuales, de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.

• Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados. A través del correo corporativo y en un total de 4 sesiones informativas a lo largo del año.

• Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras (soporte PCH): agrupar documentos, desautorizar impresión de documentos ...

• Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción “digital”. Por correo corporativo e información in situ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han conseguido los siguientes objetivos:
1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
a. Etiquetas identificativas.
b. Triaje y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
d. Solicitud de exámenes de laboratorio
e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2.Difusión de la conciencia de “urgencias sin papeles” promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3.Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

La medición de los indicadores propuestos ha sido:
- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial
Fuente de información: grupo de mejora
Realizado (estándar: realizado).
- Elaboración del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora
Fuente de información: grupo de mejora
Realizado (estándar: realizado)
- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras
Fuente de información: suministros en los últimos 3 meses del año.
El consumo/petición promedio de folios semanales pasó de 16400 a 13000: 21% (estándar: 20%).
El consumo/petición promedio de tóner de impresoras (un total de 18 unidades en el servicio) pasó de 4 a 3,4: 15% (estándar: 20%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Ha cambiado nuestra forma de trabajo al difundir la cultura de "urgencias sin papeles" con mayor interacción con los sistemas digitales, modificando la costumbre establecida de duplicar la información en soporte escrito.
- Queda camino por recorrer para consolidar el proyecto ante la gran variabilidad y renovación del personal que interacciona en nuestra Unidad.
- Debemos incidir en los usos no asistenciales que implican consumos en este sentido.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/839 ========== ***

Nº de registro: 0839

Título
USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GARCIA NOAIN ALBERTO, ESTERAS GOMEZ ANA BELEN, CASULLA FLORIA JORGE, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA, TENO NAVARRO ISABEL MARIA, RAMOS CACHO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- El problema con el uso de papel no es sólo el daño ecológico que significa, sino también el reto que representa para nuestra organización y productividad. El consumo excesivo de papel no sólo es negativo para el ambiente ya que los costes asociados (de impresión, de copiado, almacenamiento, y en ùltima instancia del papel mismo) pueden representar cientos/miles de euros al año, en especial si tenemos en cuenta que la tinta para impresora es el líquido más caro del mundo.
- En los últimos años hay una corriente para disminuir o eliminar el consumo de papel. En inglés se dice “to go paperless”, que traducido directamente suena bastante radical: eliminar por completo el papel de nuestras vidas puede ser una perspectiva un poco extrema. Sin embargo, con un poco de dedicación y voluntad, y el uso de las herramientas adecuadas, es posible reducir nuestro consumo de papel y adoptar sistemas más eficaces, donde nuestra información esté segura, accesible y fácil de localizar.
- Aplicado a nuestra unidad de Urgencias se plantea como un reto en la organización de nuestro sistema de trabajo y en la concienciación de los profesionales que interactuamos en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
a. Etiquetas identificativas.
b. Triaje y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
d. Solicitud de exámenes de laboratorio
e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2.Difusión de la conciencia de “urgencias sin papeles” promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3.Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

MÉTODO
- Reuniones periódicas de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.
- Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados.
- Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras.
- Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción “digital”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INDICADORES
Indicadores:
- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial ? (estándar: realizado).
- Realización del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora (estándar: realizado)
- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras (estándar: 20%).

DURACIÓN
Desde enero hasta diciembre de 2018. Reuniones bimensuales del equipo de mejora con acta y difusión de decisiones. Medición de reducción del consumo al 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 - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO CHAMORRO CARLOS
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
CAPAPE POVES VICTORIA
MARTIN MONTAÑES MANUEL
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha conseguido el diseño de una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos, volumetría prostática, antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal (todos ellos valorados como máximo en 1 año previo a la cirugía), previos a la cirugía, con alto porcentaje de cumplimiento, para ser el primer año, en la historia clínica del paciente e implicación por parte de los miembros del programa de calidad.
Falta el desarrollo de la estandarización de las fichas de inclusión en lista de espera quirúrgica para facilitar la inclusión de los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pacientes con volumetría prostática ecográfica
83,7% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con Tacto Rectal
51,16% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos))
Pacientes con PSA
81,39% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos))
Pacientes sin los 3 parámetros básicos
11,62% (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el inicio del programa de calidad, a pesar de la corta andadura, se ha objetivado que casi todos los pacientes con HBP incluidos en lista de espera quirúrgica presentan alguno de los parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.
Hay un alto cumplimiento de los indicadores, ya en este primer año, con menor resultado cuantitativo del tacto rectal, quizá por la dificultad de recopilación en las historias clínicas, que es donde se ha realizado la búsqueda.
Se comentará los resultados en sesión clínica para implementar que sea en la ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica donde sean cumplimentados estos parámetros, para mejorar los resultados y facilitar la búsqueda de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/798 ========== ***

Nº de registro: 0798

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, BLANCO CHAMORRO CARLOS, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, CAPAPE POVES VICTORIA, MARTIN MONTAÑES MANUEL, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) afecta a la mitad de los varones mayores de 50 años. Una cifra que se incrementa hasta el 80% a partir de los 80 años. Se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, de una de las causas de ingreso hospitalario más común entre los españoles y del primer motivo de consulta en los servicios de urología. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la disfunción miccional. La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La realización de la ecografía con volumetría prostática, PSA y tacto rectal previos a la cirugía son procedimientos que permiten evaluar preoperatoriamente el tipo de intervención y estimar el tiempo operatorio y de ingreso. Con este objetivo hemos diseñado un proyecto de optimización en el manejo de esta patología, esencial para poder tomar ulteriores decisiones y el manejo de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP (población diana varones adultos), estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.
Como consecuencia de se espera:
• Acortar los circuitos de los pacientes.
• Optimizar el tiempo quirúrgico.
• Mejorar la información del proceso de cada paciente.
• Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

MÉTODO
Realizaremos una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.
Será preciso una reunión inicial para estandarizar el procedimiento y valoraciones trimestrales. Una vez en marcha el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar una adecuado seguimiento.
Permitirá acortar el circuito de los pacientes en relación a pruebas diagnósticas previas a inclusión en lista de espera quirúrgica, y una mejor elección de la técnica quirúrgica con la optimización que supone en el tiempo quirúrgico y planificación del parte de quirófano.

INDICADORES
Ecografía con volumetría prostática prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Tacto rectal prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Antígeno prostático específico (PSA) prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Tasa de pacientes sin los 3 parámetros previos a cirugía por hipertrofia benigna de próstata 1 año antes de la cirugía. (estándar = 20%)
Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.
Criterios de exclusión: No se contemplan.

DURACIÓN
Dado que ya se dispone del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, así como la base de datos de protocolos quirúrgicos, es factible comenzar en cuanto se estandarice para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 1 año, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio, valorando su ampliación posterior a otro año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
GARCIA MAGARIÑO JESUS
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
MEDRANO LORENTE PILAR
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
RAMIREZ FABIAN MANUEL
SUBIRA RIOS JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha de este proyecto, en enero de 2018, se ha procedido, en primer lugar, en la Base de Datos “Protocolos Quirúrgicos” a homogeneizar la denominación de las intervenciones quirúrgicas. Concretamente todas las RTU por carcinoma o tumor vesical se han denominado “RTU Tumor Vesical”.
Contabilizando el período de 1 de enero a 1 de diciembre de 2018, se han realizado 233 RTU de Tumor Vesical.
Hemos comprobado que el 74,7% de los protocolos operatorios tenían cumplimentado los ítems “nº de tumores” y “tamaño”, y el 59,6% el ítem “tasa de recidiva”. En conjunto el 58,7% tenían cumplimentados los 3 ítems observados en el acto quirúrgico.
Dado que los ítems de Anatomía Patológica se cumplimentan en la primera revisión en consulta, aproximadamente al mes de la RTU, cumplían este criterio 189 protocolos, en los que el 50,2% tenían relleno el ítem “categoría” y el 47,0% el ítem "grado". Los ítems de Anatomía Patológica se cumplimentaron en el 41,0%, observados al mes de la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el 32,2,8% de los protocolos operatorios aparecen cumplimentados los 5 ítems, es decir están correctamente cumplimentados.
En el lado negativo se han detectado un 17,4% de protocolos sin ningún ítem, es decir mal cumplimentados.
Finalmente, el 50,3% estaban parcialmente cumplimentados.
Respecto a la Base de Datos ECOCIS (para el seguimiento y control de los tumores vesicales), todavía no hemos podido perfilar la manera de realizar la auditoría.
Finalmente, en el seguimiento de la Base de Datos de Biopsias de Próstata, realizadas desde el 1 de enero 328 biopsias, hemos hallado un cumplimiento de los datos en el 74,4% del tacto rectal y del 86,6% de los datos ecográficos, siendo el 71,6% correctamente cumplimentados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al haberse modificado la filosofía de estos Programas de Calidad, aceptados a finales de junio pasado, solo hemos podido realizar la monitorización que se presenta en diciembre, aunque el calendario previsto es de 3 monitorizaciones anuales, lo que se realizará en las sucesivas prórrogas del programa.
Estos resultados se presentarán en Sesión del Servicio de Urología con el objeto de mejorar la cumplimentación. Se comunicará, a título privado, a aquellos profesionales con una tasa mas alta de no cumplimentación.
No hemos hallado, en el año actual, la fórmula para controlar los datos de la base ECOCIS.
A pesar de la corta trayectoria del programa los resultados iniciales han sido buenos, incluso superiores al estándar previsto, lo que es un estímulo para la mejora continua en los próximos años. En Biopsia de Próstata han sido muy buenos, aunque mejorables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/904 ========== ***

Nº de registro: 0904

Título
CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Autores:
MURILLO PEREZ CARLOS, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, GARCIA MAGARIÑO JESUS, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, MEDRANO LLORENTE PILAR, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, RAMIREZ FABIAN MANUEL, SUBIRA RIOS JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urología se dotó así mismo, hace años, por iniciativa propia, de un programa informático para gestión de datos, denominado "Filemaker®", con el cual se han generado muchas bases de datos aplicadas a distintos aspectos de la asistencia sanitaria del Servicio.
Comenzó como un sistema de gestión de los protocolos operatorios y ahora se ha ramificado a Litotricia, Biopsias de próstata, Urodinámica, Andrología, Tumores vesicales superficiales, Tumores vesicales infiltrantes, etc.
En el Servicio ejercen su actividad 18 médicos de plantilla más 4-5 médicos residentes, que utilizan de manera habitual este programa, así como secretarias y enfermeras. Esto hace que se produzcan algunos "incumplimientos" en el llenado de los datos de los diferentes formularios.
Dado que algunas de estas bases de datos sirven para "clasificar" determinadas patologías y determinar así el tratamiento, seguimiento o pauta a seguir, en cada caso, nos resultaría muy útil conseguir que el número de incumplimientos se redujera al mínimo.

RESULTADOS ESPERADOS
Hemos decidido iniciar este programa, a modo de "auditoría" interna, para averiguar el impacto real de la ausencia de estos datos y, por supuesto, proponer al resto de miembros del Servicio un esfuerzo para subsanar estos fallos.
Es comprensible que dado que el número de profesionales implicados no es pequeño, el objetivo puede necesitar de un cierto tiempo para ser alcanzado plenamente.

L

MÉTODO
La primera acción será homogeneizar la nomenclatura utilizada para definir las técnicas quirúrgicas, en los protocolos operatorios de la base datos Filemaker®, con el objeto de que las búsquedas de estos protocolos, a partir de ahora, se puedan realizar con la seguridad de que se rescatan todos los protocolos de esa técnica quirúrgica.
Se modificará la forma de introducir la denominación de la técnica con un "desplegable", con posibilidad de indicar el lado (derecho-izquierdo) y de varias técnicas quirúrgicas simultáneas al mismo paciente.
Además, se comunicará a todos los miembros del Servicio la necesidad de indicar en el diagnóstico de las cistoscopias por control postoperatorio de tumor vesical, que no será otro que "Control de tumor vesical", para que así conste en la base de datos de PROTOCOLOS.
Para los controles de la cumplimentación de los protocolos de tumor vesical se revisarán los realizados en cada período en relación con las intervenciones realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de protocolos hechos/no hechos y completos/incompletos.
Para los controles de la cumplimentación del programa ECOCIS se recurrirá a, primero, búsqueda de las cistoscopias por "Control de tumor vesical" y, a continuación, comprobar que estos pacientes tienen abierta ficha en la base de datos ECOCIS. Se valorarán los porcentajes de fichas hechas/no hechas, su cumplimentación y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.
Para los controles de la cumplimentación del programa BIOPSIAS DE PRÓSTATA se revisarán las fichas de la base de datos, en relación con las biopsias realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.

INDICADORES
1. Homogeneización de la nomenclatura de las técnicas quirúrgicas en el archivo de protocolos operatorios
2. Protocolos operatorios con adecuada nomenclatura, del total de esa técnica quirúrgica
3. Sistema de control de la cumplimentación de los protocolos de RTU de tumor vesical
4. Protocolos operatorios de RTU de tumor vesical con los datos cumplimentados (nº de tumores, tamaño, recidiva, anatomía patológica)
5. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos ECOCIS
6. Pacientes con diagnóstico de Tumor vesical incluidos en programa ECOCIS, del total de los sometidos a cistoscopia de control
7. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos Biopsia de próstata
8. Pacientes sometidos a biopsia de próstata con todos los campos cumplimentados, respecto a todas las biopsias realizadas
Los coordinadores del programa se encargarán de la evaluación, solicitando la colaboración de quien se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

considere necesario.
Se presentarán los resultados en sesión clínica y se contactará con los profesionales que hayan incurrido en errores, de forma privada, para valorar la causa de los mencionados fallos.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1/01/2018. Fecha de finalización: abierta.
Monitorizaciones previstas (fecha aproximada): Finales de Abril, Agosto y Diciembre
Presentación en Sesión Clínica: Mitad de Mayo y 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 - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GERHOLD JORGE
UCAR TERREN ALBERTO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO
BLANCO CHAMORRO CARLOS
NAVARRO GIL JOAQUIN
BLASCO BELTRAN BENJAMIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha de este proyecto, en julio de 2018 se han realizado 11 cirugías de estenosis uretral y 5 dilataciones uretrales en quirófano.
De ellas 3 fueron uretroplastias con mucosa oral, 8 uretrotomias internas.
Todos los pacientes intervenidos con plastia de mucosa oral han sido evaluados en la consulta especializada de patología uretral por los miembros del equipo quirúrgico que realizan dicha intervención. De las 8 uretrotomías, 3 fueron en pacientes que no habían pasado por la consulta específica.
La cirugía ha sido indicada en la primera visita. Y se han intervenido en un plazo inferior a 6 meses.
Al alta son remitidos a la misma consulta donde se realizan los distintos esquemas de seguimiento y control. Los pacientes a los que se ha realizado uretrotomía endoscópica NO habían sido controlados en esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombre del Indicador y Valor (resultado cuantitativo) del Indicador :
- Existe una consulta específica de patología uretral: SI (estándar = SI)
- Pacientes programados desde esta consulta: 27 % (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año).
- Pacientes de consulta con cumplimentación de al menos 3 ítems o mas (historia, exploración, ecografía, cistoscopia o calibración, test miccional):
27 % (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año)
- Pacientes con Urocultivo previo: 50% (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta específica de uretra está ya creada y se logra una recepción adecuada de los pacientes con estenosis uretral.
Todos los pacientes intervenidos, con mucosa oral, de patología uretral a lo largo de este año han pasado por su consulta especializada, donde se les realizan en la primera visita las pruebas complementarias pertinentes para decidir la mejor indicación de la técnica (exploración física, cistoscopia) y en esa misma primera visita ya quedan incluidos en lista de espera quirúrgica.
Como actividades pendientes queda por mejorar los indicadores de urocultivo, ecografía y cuestionario PROM, que no han sido completados en todos los pacientes, así como conseguir que todos los pacientes con patología uretral, candidata a uretrotomía interna, sean derivados a esta consulta.
Queda mucho por hacer para concienciar al resto de compañeros del Servicio para orientar a los pacientes con patología uretral hacia esta consulta especializada, por lo que los datos se expondrán en sesión clínica.
Vistos los resultados la prórroga del programa en años sucesivos es muy necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/909 ========== ***

Nº de registro: 0909

Título
MANEJO DE ALTA RESOLUCION DE LA ESTENOSIS URETRA

Autores:
CAPAPE POVES VICTORIA, VALLE GERHOLD JORGE, UCAR TERREN ALBERTO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, BLANCO CHAMORRO CARLOS, NAVARRO GIL JOAQUIN, BLASCO BELTRAN BENJAMIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estenosis uretral es una patología relativamente frecuente en nuestros días a pesar de haber disminuido las estenosis postinfecciosas. Ello se debe a que han aumentado otras de las causas de estenosis como son las traumáticas y especialmente las yatrogénicas.
La incidencia de la estrechez uretral masculina y su impacto negativo es desconocida. La mayoría de los pacientes experimentan síntomas del tracto urinario bajo moderados (principalmente de vaciado), acompañados de infecciones del tracto urinario recurrentes.
La incidencia de esta enfermedad es muy variable en diferentes regiones del globo, pero puede afectar hasta al 0,6% de la población de ciertas áreas y su impacto sanitario no es despreciable. Se estima que en EE.UU. es responsable de 5.000 hospitalizaciones y 1,5 millones de consultas ambulatorias al año, con un coste superior a 200 millones de dólares anuales.
Su presentación es muy variable, de ahí la dificultad para su manejo, pudiendo pasar desapercibida a cualquier urólogo. Sobre todo porque además su incidencia no es muy elevada.
Actualmente no existe una consulta especializada que homogeinice y protocolice el manejo de esta patología no demasiado frecuente pero sí con repercusión en la calidad miccional y de vida del paciente así como sus niveles de ansiedad. Quedando la gestión de esta patología al criterio de cada especialista.
Se pretende crear una unidad de uretra que pueda recibir y centralizar todos los pacientes con sospecha de estenosis uretral para que reciban un diagnóstico y tratamiento especializados acordes a los protocolos de la patología. Así cada paciente podrá recibir el tratamiento acorde a su tipo de estenosis, para minimizar las complicaciones que pueden estar asociadas con la terapia y que adicionan morbilidad como son sangrados, infección, incontinencia,
impotencia y fallo terapéutico con el uso repetido.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con sintomatología obstructiva de tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral.

Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y tratamiento disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional.
Además al ser una consulta específica se homogeneiza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

MÉTODO
El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha la posibilidad de que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta especializada de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS).
En la consulta se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física (aparato genital, tacto rectal…) y los resultados de la CUMS.
Si se diagnostica de estenosis de uretra, en la misma consulta disponemos de cistoscopio para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de la estenosis así como su calibre de cara a plantear la mejor opción quirúrgica correctora.
Así mismo se dispone en la consulta de ecógrafo para evaluar el estado de la vía urinaria superior y la existencia o no de elevado residuo postmiccional.
Con los hallazgos obtenidos en esta única visita médica se puede incluir al paciente en lista quirúrgica para realizar la corrección uretral.
El seguimiento de los pacientes con esta cirugía se haría desde la misma consulta para hacerles durante la misma visita la cistoscopia de control, retirada de sonda vesical o talla si las portaran y valoración con el cuestionario sobre calidad miccional en estenosis de uretra (cuestionario PROM).

De esta forma se le evitan al paciente varias visitas para realizar cada una de las pruebas diagnósticas disminuyendo el periodo de espera hasta realizar la cirugía y por tanto de los niveles de ansiedad y malestar.

INDICADORES
Para monitorizar el funcionamiento del manejo del paciente con estenosis uretra hemos tomado como indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

que se pueden realizar tanto en la primera visita como en las sucesivas revisiones los siguientes:
- Exploración física genital.
- ECO aparato urinario.
- Cistoscopia.
- Calibrado uretral.
- Cuestionario PROM.
- Urocultivo.

DURACIÓN
Se pretende implantar esta consulta a lo largo del año 2018, y continuar con su desarrollo si los resultados fuesen satisfactorios de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0977

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE SUBIRA RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO PEREZ CARLOS
RAMIREZ FABIAN MANUEL
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS
MEDRANO LLORENTE PILAR
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER
NAVARRO GIL JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la aprobación del Proyecto de Calidad, a mediados del año 2018, se han realizado varias reuniones entre los participantes del proyecto.
Se ha elaborado por consenso un guion del texto, con la información a transmitir a los pacientes, y de unas viñetas a realizar, como base fundamental del folleto informativo.
Las primeras viñetas las está realizando, a mano, un dibujante experto y urólogo en temas médicos, bajo la supervisión de miembros el equipo del Proyecto, por lo que su “acabado” está siendo más largo de los esperado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento actual se han elaborado un 75% de las viñetas previstas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hacer las cosas bien requieren su tiempo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/977 ========== ***

Nº de registro: 0977

Título
ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Autores:
SUBIRA RIOS JORGE, MURILLO PEREZ CARLOS, RAMIREZ FABIAN MANUEL, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS, MEDRANO LLORENTE PILAR, ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, NAVARRO GIL JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa Fast track en cistectomía ha demostrado en nuestro centro una mejora significativa de los resultados en términos de estancia, complicaciones, reingreso, sin estancia en UCI y especialmente si se cumplen todos los ítems.
De los 20 ítems reconocidos con evidencia en cistectomía radical sólo nos falta por cumplir el primero:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0977

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

entregar información escrita al paciente antes de comenzar el procedimiento multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar iconografía escrita para entregar a los pacientes que van a ser intervenidos de cistectomía radical explicando todo el proceso: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

MÉTODO
En primera instancia una reunión para poner en común ideas sobre el guion a elaborar, según la Guía Salud de cirugía mayor abdominal pero adaptándola a cistectomía radical y a nuestro medio.
posteriormente elaborar el documento en un formato sencillo y práctico para luego ser entregado a Calidad del Hospital y una vez validado poder ser utilizado en consulta específica de cistectomía radical: UROCIS

INDICADORES
elaboración de la iconografía escrita y entregarla a la comisión de calidad para su validación y uso hospitalario

DURACIÓN
septiembre 2018: reunión entre los componentes del proyecto para elaborar un guion de la información a entregar.
octubre 2018: elaboración de la información escrita.
noviembre 2018: entrega a Calidad HCU para su validación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***